

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

362

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Accidents causés

PAR L'INGESTION

des Noyaux de Cerises

PAR

E. ROGER

Président : M. POZZI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1913

1015

362

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Accidents causés

PAR L'INGESTION

des Noyaux de Cerises

PAR

E. ROGER

Président : M. POZZI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1913



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	{ TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.....	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE
	{ PIERRE DELBET
	{ N.
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU
	{ RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ RIBEMONT - DES-
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	RETERER
BROCA ANDRÉ	GULLAIN	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	LABBE MARCEL	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEI-LAVAS-	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA MARRAINE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR L'ABBÉ HAMARD

A MON COUSIN

MONSIEUR L'ABBÉ PRIOUL

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Un devoir bien agréable, pour nous qui sommes sur le point de terminer nos études médicales, est assurément celui de chercher à nous acquitter, même partiellement, d'une dette de reconnaissance, de longtemps contractée et constamment accrue, durant les cinq années qui viennent de s'écouler, vis-à-vis de MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Rennes. A tous les Maîtres dont nous suivîmes les cliniques, conférences, cours ou travaux pratiques, qu'il nous soit permis aujourd'hui d'apporter le faible témoignage de notre profonde gratitude.

Toutefois, nous témoignerons notre reconnaissance d'une façon plus spéciale à M. le Docteur PERRIN DE LA TOUCHE, directeur de l'Ecole ; à M. le Professeur BERTHEUX, qui nous initia à la médecine ; à MM. les Professeurs DAYOT, MILLARDET, ASSICOT, dans le service desquels nous avons passé trois excellentes années d'externat ; à M. le Professeur suppléant CHEVREL qui demeura notre chef de service pendant trois mois et qui, depuis, nous entoura de sa bienveillante sollicitude, surtout enfin, à M. le Profes-

seur suppléant de clinique chirurgicale MARQUIS, lequel ne cessa de nous prodiguer ses doctes conseils, n'épargnant ni son temps ni sa peine et se montra toujours pour nous le maître le plus dévoué dans les multiples circonstances où nous l'approchâmes, ces temps derniers encore, en nous procurant notre sujet de thèse et tous les renseignements pour le mener à bonne fin.

A MM. le Docteur BAUMGARTNER, chirurgien des Hôpitaux ; le Docteur OUVRY, chirurgien de l'Hôpital de Lisieux, nous présenterons l'expression de nos meilleurs sentiments et l'assurance de notre parfaite reconnaissance pour les très intéressantes observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer, nos regrets cependant de les avoir tant mis à contribution.

A M. le Professeur Pozzi qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous disons toute notre gratitude et lui exprimons l'assurance de notre plus respectueux dévouement.

HISTORIQUE et DIVISION

Quelle que soit leur origine, qu'elles nous viennent d'Asie, comme le veulent les historiens (1), ou non, les cerises (griottes, guignes, etc.) sont très répandues dans nos pays. En Bretagne, en particulier, dans le centre et midi de la France, il en est fait une prodigieuse consommation sous toutes formes, crues, cuites, conservées dans l'eau-de-vie. Dans le Bourbonnais, il y a vingt ans environ, nous ne savons s'il en est encore ainsi, existait une coutume qui a donné lieu à de nombreux accidents, dont nous citerons quelques exemples dans le cours de ce travail ; accidents qui étaient dus à ce fait que les habitants attribuaient aux cerises des propriétés non seulement laxatives, comme à tous les fruits, mais même purgatives. A la saison, ils faisaient « *une cure de cerises* », c'est-à-dire qu'ils en avalaient à foison dans le but de se purger ou de mettre fin à leur constipation. Ce remède, ils le préféraient

(1) Dict. encycl. des Sciences méd.

à juste titre, quant à la saveur, à l'huile de ricin, par exemple, ou autre purgatif. Ecrasées, intactes ou à peine entamées par les dents, avec ou sans leurs noyaux, indifféremment, ils les avalaient sans se préoccuper des accidents ultérieurs qui pouvaient gratifier leur imprudence. Cette habitude déplorable des Bourbonnais est fréquemment imitée chez nous et à l'étranger, où nous voyons des individus avaler quantité considérable de cerises avec leurs noyaux soit dans un but thérapeutique, pour vaincre une constipation, se purger ou tout autre usage (1), soit simplement, et c'est le cas le plus habituel, afin de satisfaire leur avidité vorace pour ne pas dire leur gloutonnerie.

Ceux-là qui les avalent par centaines en un temps relativement restreint ne nous intéressent guère plus que les avaleurs de rares noyaux. Comme nous le verrons, en effet, dans la suite, quel que soit le nombre de noyaux ingérés, le résultat peut être le même, attendu qu'ils peuvent séjourner dans le tube digestif, s'y accumuler, s'y entasser et fournir de ce fait une masse capable de diminuer et plus tard de supprimer même la lumière de l'intestin à plus ou moins brève échéance. Ainsi donc ce genre d'avaleurs à qui nous nous adressons, nous le

(1) Tel le fait recueilli dans son service par notre excellent ami, M. CHAUVEL, interne à l'Hôtel-Dieu, de Rennes, où des parents avaient fait ingérer à leur enfant nombre de cerises avec leurs noyaux, dans le but de lui assurer *l'évacuation d'un sou qu'il avait avalé* : le sou fut rendu à l'arrivée à l'hôpital sans le secours d'aucun autre traitement ?

rencontrerons partout où il y a des cerises, qu'il s'agisse de noyaux ingérés par inadvertance, gageure ou trouble psychique, en grand ou petit nombre. Mais avant de rechercher quels accidents ils peuvent causer, voyons un peu ce que deviennent ces noyaux ingérés et les exemples qui nous sont fournis à cet égard par la littérature médicale.

Dans la grosse majorité des cas, fait heureux pour nous tous, ces corps trop peu volumineux pour entraver mécaniquement la fonction de l'organe qui les reçoit, traversent le tube digestif sans occasionner le moindre accident ; tout au plus causent-ils une légère constipation et quelques douleurs à la défécation. Ils sont entraînés avec les aliments ou les autres parties du fruit, lubrifiés par les sécrétions de l'estomac et de l'intestin, mais non attaqués par elles, soumis dans ces organes aux contractions péristaltiques qui les font progresser jusqu'au rectum d'où ils sont expulsés avec les fèces. Qu'il survienne une cause quelconque s'opposant à leur progression, des accidents variés peuvent en être la conséquence.

Dans la littérature médicale, autant qu'il nous a été permis de le constater, l'arrêt et les dangers consécutifs à l'ingestion de noyaux de cerises et de noyaux de fruits en général, sont connus depuis longtemps.

Ces derniers ayant été fort bien étudiés par M. OCKINCZYC et COMBIER à titre de corps étrangers de l'intestin, nous renvoyons le lecteur à la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, de 1908. Dans la *Gazette médicale de Paris*, 2 octobre 1886, nous retrouvons citées par FABRE les paroles suivantes de TROUSSEAU : « Lorsque je commençais

mes études médicales, j'eus l'occasion de voir un soldat qui fut pris de tous les symptômes de l'occlusion intestinale pour avoir avalé gloutonnement; 15 ou 20 jours auparavant, *plusieurs livres de cerises* sans se donner la peine d'en cracher les noyaux. Il mourut et, à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes vers la *fin de l'intestin grêle, au niveau de la valvule de Bauhin, une masse de ces noyaux presque aussi volumineuse que la moitié du poing, qui obstruait complètement l'intestin* ». Quelques exemples analogues ont été rapportés concernant tant le grêle que le gros intestin et le rectum. L'œsophage lui aussi a été signalé comme lieu d'arrêt d'un noyau de cerise par BILLROTH (1) chez un enfant qui présentait un rétrécissement de ce conduit. L'estomac de même par certains auteurs, en particulier SÉCRÉTAN (2) qui retira d'un lavage d'estomac *120 noyaux de cerises* et DAUDÉ (3) qui observa des vomissements tenaces, de la dyspepsie, le tout ayant disparu après le rejet de *60 noyaux de cerises*. Concernant l'intestin grêle ou le gros intestin, nous avons réuni une vingtaine d'observations dont celles de CRUVEILHIER, M. PSALTOFF, M. FERRON, M. QUÉNU, M. RICARD, M. MARQUIS, EISCHHORST, M. BAUMGARTNER, MORDRET, etc. A côté d'elles, celles de FABRE, PEYROT, LAMARELLÉE, etc.. concernant l'occlusion du rectum qui, quoique plus fréquente que

(1) BILLROTH. — *Arch. f. Klin. chir.* 1871, XIII, p. 678.

(2) SÉCRÉTAN. — *Revue Médicale suisse romande*, III, 160, mars 1883.

(3) DAUDÉ. — *Montpellier médical*, mai 1889, p. 447, t. X, n° 10.

l'occlusion du grêle ou des colons, nécessite rarement une *intervention chirurgicale* et cède le plus souvent aux moyens médicaux tels que lavements, ou opératoires à la portée de tous tels que curage digital. Grâce surtout aux premières observations, qui formeront la base de notre thèse, nous avons pu constater que les accidents le plus fréquemment *occasionnés par les noyaux de cerises* et jusqu'ici fort peu étudiés étaient : en premier lieu *l'occlusion intestinale*, plus rarement la *perforation de l'intestin*, enfin exceptionnellement *l'appendicite et ses abcès*.

Ces quelques complications, bien que très rares, comparées au nombre incalculable des avaleurs de noyaux de cerises, nous ont paru suffisamment intéressantes pour nous faire choisir ce sujet de thèse : elles en feront la division.



CHAPITRE I

De l'Occlusion Intestinale

OBSERVATION I

Plus de 600 corps étrangers — noyaux de cerises, entérolithes — retenus au-dessus d'un rétrécissement de l'intestin grêle depuis des années. — Entéro-anastomose. — Guérison se maintenant 3 ans après.

D^r MARQUIS, *Professeur suppléant de clinique chirurgicale*
à l'Ecole de Rennes

R..., cultivateur, âgé de 46 ans, entre le 20 août 1909 à l'Hôtel-Dieu de Rennes. L'affection qui l'amène a débuté il y a 8 ans par des douleurs intestinales survenant sous forme de crises tous les 2 ou 3 jours.

A cette époque leur durée relativement courte ne dépassait jamais 2 heures. Deux ou trois ans plus tard ces douleurs s'accompagnèrent de ballonnement du ventre et de gargouillement, le tout disparaissant quand le malade avait réussi à rendre des gaz par la bouche.

Puis il y a 3 ans apparurent les premiers vomissements. Pendant ce temps la constipation dont le malade avait souffert toute sa vie continuait ; jamais pendant cette longue période de 8 ans, il ne se plaignit de diarrhée. De même il ne se souvient pas avoir rejeté de sang dans ses selles, mais très souvent des glaires accompagnées parfois de taches jaunes ressemblant à du pus.

Depuis le début de sa maladie, l'amaigrissement est considérable et dans cette seule dernière année, il a perdu 10 kilogs.

Fait à retenir dans l'histoire de sa maladie, il a été *toute sa vie très friand de cerises* ; autrefois avant de souffrir et même encore dans les premières années de sa maladie, il en mangeait des quantités. Mais ce qui devait avoir pour lui des conséquences fâcheuses, non seulement il avalait le fruit mais aussi le noyau ; si bien que chaque année c'étaient des centaines de noyaux qu'il ingurgitait ainsi.

Toutefois ayant remarqué corrélation entre l'apparition des crises et l'ingestion des noyaux, dans les quatre dernières années il n'a pas mangé à chaque saison, et il est très précis à ce sujet, plus d'une dizaine de cerises.

Dans ses antécédents personnels, nul passé pathologique ; soulignons l'absence de toute manifestation pouvant révéler une invagination intestinale de l'entérite, de la syphilis, de la tuberculose ou une fièvre typhoïde, son père mourut de pneumonie, sa mère de maladie inconnue.

Etat lorsqu'il entre à l'hôpital. — a) Pendant une crise, — Chaque jour une heure après le déjeuner du matin qui pour lui était le repas principal, survenait une douleur très vive dont le siège toujours le même se trouvait dans le flanc droit. Au bout de 2 à 3 minutes on entendait des bruits musicaux, des gargouillements qui chaque fois suivaient le même chemin, c'est-à-dire quittaient le flanc droit pour ascensionner vers l'épigastre. A ce moment émission toujours abondante de gaz par la bouche car elle durait parfois jusqu'à 10 minutes. Sitôt après, cessation de la douleur, mais ce répit était de courte durée car tout de suite un nouveau cycle recommençait fait comme le précédent de douleurs, de gargouillements et de renvois gazeux. Pendant ce temps le ventre était dur, ballonné ; sous la paroi on voyait la reptation des anses intestinales mais toute palpation était très douloureuse. Cette répétition

de contractures spasmodiques de l'intestin durait au début 2 à 3 heures mais à son entrée, ce qu'il appelle sa crise, commence à 8 heures le matin pour ne finir qu'à 5 heures le soir. Alors qu'au début de cette époque un vomissement alimentaire était le signal de la fin ; maintenant il vomit toujours plusieurs fois pendant une crise, ces vomissements sont d'abord alimentaires puis deviennent verdâtres et assez souvent noirs comme de l'encre, dit le malade. Jamais d'évacuation rectale comme finale d'une crise.

b) En dehors de la crise. L'abdomen reste ballonné dans la région sous ombilicale.

A la palpation dans la région ombilicale et hypogastrique on a une sensation très spéciale comme celle de corps étrangers que l'on ferait s'entre choquer.

L'état général est mauvais, le pouls à 100, l'amaigrissement extrême, les urines rares mais sans albumine.

Pas de lésions pulmonaires ni cardiaques.

Le diagnostic porté est occlusion chronique de cause indéterminée, mais l'état général du malade commande une intervention rapide.

Opération. — Incision médiane sous ombilicale en rapport avec le maximum de ballonnement pendant les crises et la sensation perçue à la palpation de corps s'entre-choquant. Le péritoine ouvert on rencontre immédiatement une énorme *poche intestinale qui a priori simule un estomac*. Sa longueur dépasse 30 centimètres et sa largeur 20 centimètres, elle semble occuper la plus grande partie de l'abdomen. Elle termine brusquement par un point rétréci et au-dessous se trouve de l'intestin grêle dont on ne voit pas la fin mais qui est très étroit, aplati, vide. Cette poche est donc développée tout entière aux dépens du jéjuno iléon et plus près de sa portion initiale que de sa partie terminale. En palpant on perçoit dans son intérieur une multitude de petits corps étrangers dont on ne peut à ce moment préciser la nature. De plus au niveau

du mésentère on trouve un grand nombre de ganglions durs et petits.

J'envisage un instant l'hypothèse d'une entérectomie mais l'état général du malade et ces ganglions dont la nature est évidemment la même que celle de la sténose me font craindre de réaliser la prophétie de Bouilly au sujet de ces résections intestinales, faire mourir de suite ou vaincre pour... peu de temps, et je me décide pour l'entéro-anastomose. Une anse grêle sous-jacente distante du rétrécissement de 30 centimètres environ est attirée vers l'abdomen avec une partie de la poche intestinale et j'y pratique : l'entéro-anastomose latéro-latérale classique avec une longue incision de 8 centimètres dans la crainte que cet orifice intestinal ne soit plus tard oblitéré par les nombreux corps étrangers que l'on a perçus. Au cours de cette entéro-anastomose l'on est frappé de l'épaisseur de la poche dilatée. Au lieu de ces parois très minces, comme l'on est habitué à en voir dans les occlusions intestinales on trouve ici *un intestin dont l'épaisseur est le double de l'épaisseur normale et formé d'un tissu non œdémateux* mais ferme et résistant qui n'a aucune tendance à couper sous l'influence des fils.

Les suites opératoires furent banales, réunion per primam, mais ce qui mérite de retenir l'attention, c'est le rejet des corps étrangers que recélait la poche intestinale. La débacle commença quatre jours après l'opération : l'infirmier trouva dans les selles 25 *corps grisâtres, arrondis, ressemblant à des noyaux*. Le lendemain il en retrouvait 70, à la fin de la première semaine 298 étaient ainsi sortis. Puis dans la semaine qui suit le malade en rend un jour 184, un autre 70, un autre 80. Bref pendant les quatre semaines que le malade passe à l'hôpital depuis son opération jusqu'à sa sortie il fut retiré de ses selles 640 de ces petits corps étrangers.

On y distingue deux grandes variétés : 64 d'entre eux sont plus ou moins aplatis, tous les autres sont ovoïdes. Parmi ces derniers deux groupes : les uns sont jaunes, les autres noirâtres ; mais il

est aisé de voir que tous appartiennent au même type car si l'on enlève cette couche épaisse de plusieurs millimètres qui leur donne cette couleur grise, on obtient alors la coloration jaune que présentent les autres ; et certaines fissures, plus ou moins écaillées montrent tous les stades de transition. En somme on se trouve en présence de deux espèces de corps étrangers, les uns ovoïdes, les autres aplatis : *les premiers sont des noyaux de cerises.*

Des seconds certains, recèlent à leur intérieur des noyaux aplatis, déformés, les autres sont constitués par une coque autour d'une substance amorphe.

M. le Docteur PERRIER, professeur de chimie à la Faculté des sciences a bien voulu en pratiquer l'analyse. Il a trouvé que cette substance grise, noirâtre était constituée par de la matière organique et des matières minérales. L'élément organique est représenté en majeure partie par l'oxalate de calcium puis des pigments et des sels biliaires, l'élément minéral est constitué par du phosphate de calcium en assez faible quantité du reste. En somme pour résumer d'un mot la constitution de cette couche, on peut dire : oxalate de calcium imprégné de bile. De plus l'enrobement des corps aplatis est exactement de même nature que celui des noyaux de cerises.

Le malade est revu 3 ans après son opération, il a considérablement engraisé, mange bien et ne souffre plus. Il m'a paru intéressant de savoir ce qu'était devenue la dilatation intestinale depuis l'entéro anastomose ; 4 heures après avoir fait ingérer 100 grammes de carbonate de bismuth au malade, M. le Docteur CASTEX, professeur de Physique à l'Ecole, pratique la radiographie : On y voit une ptose stomacale mais aussi la persistance de cette énorme poche. La percussion faisait pressentir ce résultat, en révélant au niveau de la fosse iliaque et du flanc droit une sonorité hydro-aérique différente de celle perçue sur le reste de l'abdomen.

L'intérêt de cette observation résulte de la grande quantité de corps étrangers retenus dans l'intestin grêle (les cas semblables sont en effet très rares) et de leur séjour extraordinairement long dans le tube intestinal.

La constitution de l'enveloppe grisâtre des noyaux se joint à l'histoire du malade pour témoigner du très long séjour de ces noyaux dans l'intestin. Elle est durcie, épaisse, faite de couches successives disposées lentement à la surface des noyaux, elle se fendille, mais ne s'effrite pas. Le malade est formel dans ses commémoratifs : depuis 4 ans il n'a pas avalé plus de 40 à 50 noyaux.

Mais c'est à une époque encore beaucoup plus reculée que remonte la présence d'une partie au moins de ces corps étrangers car la lutte de l'intestin pour en faire passer à travers la sténose a commencé non pas 4 ans mais 8 ans avant l'opération. C'est de cette époque que datent les premières crises et elles ne peuvent s'expliquer que par l'existence en amont du rétrécissement, de corps solides, résistants que les contractions intestinales ne pouvaient chasser. Ces efforts de l'intestin n'eussent certainement pas existé pour faire passer à travers une sténose encore large des matières fécales qui à ce niveau (partie supérieure de l'iléon) sont toujours liquides.

C'est donc *au-delà de huit années* qu'il faut faire remonter l'accumulation des corps étrangers qui s'y trouvaient.

Or les corps étrangers de l'intestin y résident généralement ; dans nos recherches les observations citant les plus longues durées rapportent un an, mais nulle part nous n'avons trouvé de séjour comparable à notre exemple.

OBSERVATION II

Rétrécissement de l'intestin grêle. — Obstruction intestinale par arrêt de 436 noyaux de cerises au-dessus du rétrécissement. — Extractions des corps étrangers. — Entéro-anastomose. — Guérison.

*Due à la complaisance de M. le Dr Amédée Baumgartner,
chirurgien des Hôpitaux*

D. J. entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le Dr Thiroloix le 8 Juillet 1912 pour occlusion intestinale.

La maladie a débuté le 29 Janvier 1912 par une crise de douleurs aiguës, violentes, généralisées à toute la cavité abdominale ; d'après les renseignements vagues qu'on peut obtenir, il semble que le malade ait fait alors une péritonite aiguë qui s'est terminée par la guérison spontanée, après un mois de repos environ, mais l'état général est resté précaire depuis cette date et ce n'est qu'au mois de mai que le malade s'est senti définitivement guéri.

A ce moment les douleurs réapparaissent plus marquées que la première fois, d'abord localisées dans la fosse lombaire gauche puis irradiant bientôt à tout le ventre. Ces douleurs survenaient sous forme de crises qui duraient deux à trois jours et s'accompagnaient d'une constipation opiniâtre ; en même temps survenaient quelques vomissements bilieux verdâtres. Cet état se prolongea jusqu'au mois de juin, époque à laquelle le malade remarqua que son ventre augmentait de volume.

Sous l'influence d'une nouvelle crise douloureuse abdominale avec ballonnement du ventre et vomissements, le malade vient consulter le D^r Thiroloix qui le reçoit dans son service de la Pitié. M. Thiroloix diagnostiqua une occlusion intestinale et l'envoya dans le service de mon maître le D^r Walther, qui le confia à mes soins. Le malade se présente avec les symptômes suivants : dilatation et mouvements péristaltiques des anses intestinales, vomissements, absence de gaz et de matières. Il s'agit d'une occlusion intestinale qui semble siéger sur le grêle ; mais en raison du caractère subaigu ou chronique de l'occlusion, je diffère l'anus contre nature d'urgence, et je fais de grands lavements, après lavage d'estomac et glace sur le ventre. Et de fait, ce traitement fut suivi d'une abondante émission de matières fécales liquides et de la cessation partielle des symptômes d'occlusion subaigue.

Au bout de huit jours de diète relative et de rétablissements des fonctions intestinales, on obtient les signes suivants : le malade n'éprouve plus de douleurs spontanées, ni dans la fosse lombaire gauche ni dans le ventre. L'intestin semble atone, dilaté en certains points et notamment dans la moitié gauche de l'abdomen ; on réveille à la palpation des borborygmes et des bruits nouveaux. D'ailleurs le malade accuse de temps en temps des coliques suivies de mêmes bruits. Le ventre est légèrement ballonné et quelques anses intestinales grêles se dessinent encore sous la peau de la paroi abdominale. On réveille *au palper* une douleur aussi marquée dans la fosse lombaire gauche ; on sent là, sur un point qui semble être le colon descendant, *une tumeur volumineuse, mamelonnée, allongée de haut en bas et donnant par la mobilisation une sensation toute particulière de froissement.*

Il n'existe aucun autre symptôme digne d'être noté. Le malade est très amaigri, faible ; le poumon présente à droite quelques râles au sommet. Le foie est abaissé mais normal ; les urines sont

normales. Les selles ne contiennent pas de sang. Les vomissements ont cessé. Le malade suit un régime légèrement laxatif : purées, fruits cuits, etc...

L'examen radioscopique après ingestion de bismuth est pratiqué au commencement d'août par le D^r Durand. Il révèle une anse dilatée dans la partie supérieure et gauche de l'abdomen, une tumeur irrégulière et mamelonnée dans le flanc gauche et un rétrécissement sous-jacent de l'intestin : c'est d'ailleurs ce que la palpation avait donné.

On pense à une tumeur (Tuberculose ?) du colon descendant, avec occlusion chronique et on décide l'intervention chirurgicale.

Opération, le 16 août par M. le D^r Baumgartner. — Anesthésie au chloroforme par M. Gur., aide M. Escudier. Laparotomie médiane sous ombilicale. On pénètre dans une cavité péritonéale, siège de multiples adhérences et brides. Dans la cavité pelvienne et les deux fosses iliaques, les anses intestinales sont accolées les unes aux autres, reliées par des brides fibreuses, et il est impossible de les isoler les unes des autres. Dans la fosse lombaire gauche, on trouve une anse intestinale grêle, volumineuse, remplie de corps étrangers qui crépitent et dont on reconnaît à la palpation la nature (noyaux de fruits). Cette anse a une longueur de 30 centimètres environ, elle est grosse comme le poignet, ses parois épaissies sont bosselées par les corps étrangers qui y sont contenus. L'anse est adhérente de toute part avec les anses voisines, et avec une partie du péritoine pariétal ; on la dégage péniblement et on l'amène dans la plaie. Elle est recourbée en anse, on dégage le bout supérieur pour éviter un volvulus ultérieur possible, mais il est impossible de libérer son bout inférieur. En effet son bout inférieur est enserré par de multiples brides fibreuses épaisses qui le relient aux anses grêles voisines ; à ce niveau siège un rétrécissement serré, infranchissable et au-dessus duquel sont arrêtés les corps étrangers. Il apparaît comme très difficile étant donné les nombreuses adhé-

rences intestinales de réséquer cette anse contenant les corps étrangers, sous peine de dégâts sur les anses voisines et les mésos intestinaux. On fait alors *une entéro-anastomose latéro latérale* au fil de lin entre une anse grêle sus jacente dilatée et saisie et une anse sous-jacente aplatie. On extériorise ensuite tant bien que mal l'anse malade, on l'isole sur un lit de compresses et on l'*incise* longitudinalement, dans une étendue de cinq centimètres, sur son bord libre, à sa partie moyenne. On extrait ainsi *quatre cents trente noyaux de cerises*. Les parois de l'anse sont œdématisées et très vasculaires. Suture de l'incision intestinale et double enfouissement du fil de lin. Fermeture de la paroi abdominale après hémostase.

Suites de l'opération parfaites. Réunion per primam. Le malade a rendu dans les jours suivants par l'anus *six cents noyaux*. Il sort le 3 septembre en excellent état et mange de tous les aliments habituels. Son ventre est souple, non ballonnée. Les fonctions intestinales se font normalement.

Le malade a été revu fin septembre en excellent état, il a engraisé et se porte bien.

L'interrogatoire rétrospectif n'a donné que peu de renseignements ; le malade se renferme dans un demi mutisme et a seulement avancé avoir, avant son entrée à l'hôpital, mangé quelques cerises, dont a il avalé les noyaux.

Il semble donc qu'il y ait eu chez ce malade :

1° une péritonite de cause inconnue, peut-être tuberculeuse, ayant donné lieu à un rétrécissement de grêle ;

2° une occlusion intestinale chronique avec poussées aiguës dues à l'accumulation des noyaux de fruits ingérés après guérison de la péritonite.

Le siège lombaire de l'anse grêle et sa fixité relative dans

le flanc gauche expliquent l'erreur de diagnostic de siège de la « tumeur ».

Quant à la nature de la tumeur, il est certain, qu'en présence du mutisme du malade ce diagnostic était pour le moins impossible.

DE L'OCCCLUSION INTESTINALE

Notre but en rapportant ces observations et les suivantes, n'est point de donner ici à leur propos la description clinique de l'occlusion intestinale, aiguë ou chronique, en général ; des auteurs plus compétents l'ont tracée avant nous. Il sera d'étudier *l'occlusion par noyaux de cerises* et particulièrement de chercher à connaître si le chirurgien, en présence de cas analogues, peut porter un diagnostic causal ; s'il est, en un mot, des signes caractéristiques de ce mode d'occlusion. Pour ce faire, après avoir traité des lieux d'élection et des causes favorisantes de cette occlusion, nous allons passer en revue les divers symptômes tant subjectifs qu'objectifs présentés par nos malades et les renseignements fournis par la radioscopie ; nous décrirons ensuite l'état des parois intestinales et celui des noyaux sous l'influence de leur long séjour dans l'intestin, enfin nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.

Lieux d'élection.— Existe-t-il des lieux d'élection pour l'arrêt des noyaux de cerises ? Les faits signalés concernent autant l'intestin grêle que le gros intestin : on les a rencontrés dans

la portion jéjuno-iléale (1), l'iléon (2), au niveau de la valvule iléo-cœcale (3), dans le cœcum (4), l'appendice (5), le colon ascendant (6), ascendant et transverse (7), descendant (8), ilio-pelvien (9), en un point quelconque de l'intestin grêle (10), dans le rectum (11). Toutefois, le rectum et l'S iliaque sont plus fréquemment obstrués.

Causes favorisantes.— La constipation (raison des cures de cerises) favorise considérablement, ce nous semble, l'occlusion du gros intestin et en particulier du rectum : les observations que nous rapportons à la fin de ce chapitre sont assez éloquentes. Elle est impuissante, disons-nous, pour créer l'occlusion du grêle où les matières sont encore liquides. Une cause beaucoup plus importante, nous n'hésiterions pas à la qualifier de nécessaire, n'étaient les observations de

(1) Obs. de M. MARQUIS.

(2) Obs. de PSALTOFF.

(3) Obs. de JANICKE in BROUARDEL et GILBERT, t. IV. p. 684.

— TROUSSEAU v. historique EISCHHORT.

(4) Obs. de SWALBE, SCHEVERIN et FUERBRINGER.

(5) Obs. de MORDRET, v. appendicite.

(6) Obs. de CRUVEILHIER, EISCHHORST.

(7) Obs. de CRUVEILHIER.

(8) Obs. de M. MAUCLAIRE.

(9) Obs. de M. QUÉNU, FERRON.

(10) Obs. de M. BAUMGARTNER.

(11) Obs. de OLDAG, FABRE et PERETON, BOUCAUD, EISCHHORST.

M. EISCHHORST et de PSALTOFF, doit intervenir : c'est le *rétrécissement*. Sans rien lui retrancher du rôle si considérable qu'il joue dans la production de l'occlusion par noyaux de cerises, nous allons différer son étude et nous débarrasser, de suite, de la première variété d'occlusion, celle qui est due à la constipation ou celle qui se fait sans la coïncidence d'un rétrécissement.

L'occlusion du gros intestin, à sa partie terminale, et surtout du rectum, par noyaux de cerises, est fréquente tout comme l'occlusion par matières fécales. Ce fait est attribuable sans aucun doute à ce que les mouvements péristaltiques y sont notablement diminués, que les matières y séjournent plus longtemps, s'y dessèchent et durcissent en formant un bloc compact, très résistant, à qui les noyaux ajoutent encore leur incompressibilité absolue. Qu'un individu soit constipé habituellement, plus il aura de chances d'être sujet à obstruction.

Cette raison ne peut exister dans les cas observés par EISCHHORST et PSALTOFF : leurs malades, loin d'être constipés, étaient des diarrhéiques habituels, et pourtant ils retenaient des noyaux de cerises en nombre considérable. 909 dans l'observation d'EISCHHORST, 77 de cerises avec 717 autres noyaux dans celle de PSALTOFF. Là, *pas de constipation, pas de rétrécissement*. A quoi donc attribuer cet arrêt ? A la valvule iléo-cœcale, dans le cas de PSALTOFF, qui aurait joué le rôle d'un rétrécissement ? Aux adhérences du cœcum et du reste de l'intestin pour celui d'EISCHHORST ? Ce peut-être ; mais vraisemblablement plutôt à des coudures ou à un spasme passagers qui, comme l'a fait remarquer

M. TUFFIER (1), causent à eux seuls bon nombre d'occlusions incomplètes. « Le degré de sténose anatomique, dit M. TUFFIER, n'est pas en rapport direct avec le degré d'obstruction, il faut accorder une importance très considérable à la coudure sus-jacente, au spasme qui fait une obstruction complète au niveau d'un segment d'intestin où le doigt passerait facilement si la tunique musculaire était relachée. »

La seconde variété d'occlusion, la plus fréquente d'ailleurs dans l'intestin grêle, est due, avons-nous dit, au *rétrécissement*. C'est là la grande cause, pour ne pas dire l'unique, celle que nous retrouvons dans toutes les autres observations, EISCHHORST et PSALTOFF exceptées. « Nous n'avons envisagé, ajoute EISCHHORST dans ses commentaires, que des cas d'occlusion intestinale où le calibre de l'intestin n'était pas diminué. Il est facile de comprendre que le danger grandit lorsqu'il se trouve rétréci depuis plus ou moins longtemps et en un point quelconque. Dans ces cas, quelques noyaux de cerises suffiront à l'obstruer, ou bien encore ils s'accumuleront en grand nombre au-dessus de l'obstacle pour aboutir au même résultat ». Peu importe le siège du rétrécissement, qu'il soit sur le grêle, le gros intestin ou le rectum ; peu importe également sa nature, qu'il appartienne à la classe des rétrécissements inflammatoires, d'origine traumatique, ulcérate (ulcérations de l'entérite, la dysenterie, la tuberculose) où qu'il

(1) TUFFIER. — Rétrécissements de l'intestin grêle in. *Arch. des maladies de l'appareil digestif de la nutrition*. n° 526, 1907.

soit de nature néoplasique. Le calibre de l'intestin sera de ce fait plus ou moins considérablement diminué, devenant une amorce toute préparée pour l'occlusion, si des corps étrangers du genre de ceux que nous étudions sont introduits dans le tube digestif.

Ceci étant, le rétrécissement apparaît comme la cause nécessaire dans la grande majorité des cas et alors même que nous retrouvons des occlusions sans rétrécissements, nous pouvons affirmer qu'il restera la cause favorisante par excellence. Avant de continuer son étude anatomo-pathologique, nous allons nous occuper des divers symptômes présentés par les malades dont les observations sont tant au début qu'à la fin de cette étude.

Symptômes. — Si nous consultons les traités de pathologie externe, nous lisons que, la plupart du temps, le début d'une occlusion intestinale par diminution progressive de sa lumière, est insidieux. Chez nos malades, au contraire, l'affection a débuté souvent brusquement : par des douleurs vives, violentes, survenues 8 ans avant l'entrée à l'hôpital (Obs. de M. MARQUIS) sous forme de crises tous les 2 ou 3 jours, mais de courte durée ; violentes, généralisées 7 mois auparavant (Obs. de M. BAUMGARTNER) ; 2 ans avant sous forme de crampes d'estomac, cas EISCHHORST ; enfin, 4 ans dans celui de PSALTOFF.

A la période d'état, les symptômes subjectifs diffèrent peu de ceux de l'occlusion par toute autre cause ; nous y retrouvons la douleur, les vomissements, le ballonnement du ventre mais non la constipation d'une manière constante. Le syndrome du Kœnig qui suffit à caractériser

l'occlusion chronique de l'avis de M. le Professeur QUÉNU (1) et M. MATHIEU (2), constitué par les accès de coliques, le péristaltisme, les bruits musicaux et les débâcles fécales et gazeuses ne se rencontre chez nos malades que d'une façon plus ou moins parfaite.

La douleur. — Spontanée ou provoquée, elle est le symptôme le plus constant, variable seulement dans ses modalités et son siège. Elle est localisée au niveau de l'occlusion, M. BAUMGARTNER et EISCHHORST, réveillée par la palpation à ce même endroit, M. MARQUIS et EISCHHORST, survient sous forme de crises douloureuses durant quelques heures, M. MARQUIS et PSALTOFF, 2 jours, M. BAUMGARTNER, lorsque le malade se déplace, M. RICARD, à heure fixe après le repas du matin, M. MARQUIS, à intervalles peu éloignés chez le même malade, de 10 jours, M. PSALTOFF, très éloignés, EISCHHORST. Elle accompagne le péristaltisme et d'ordinaire marche de pair avec lui, de même qu'avec le gargouillement, bruits musicaux ou de glouglou perçus tant des malades que des observateurs.

Vomissements. — Ils existent chez nos malades : au début, alimentaires, puis bilieux, verdâtres ; bruns amers, BOUCAUD, noirs comme de l'encre, M. MARQUIS, dans deux cas seulement fécaloïdes, EISCHHORST et GUINAUD. Or « pour un trop grand nombre de médecins, écrit DE BOVIS, il y a

(1) M. QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1902.

(2) M. MATHIEU. — *Gazette des Hôpitaux*, 22 mai 1913.

équation parfaite entre ces deux termes : occlusion et vomissements fécaloïdes. » (1).

Ballonnement du ventre. — PSALTOFF ne le signale pas ; EISCHHORST le décrit très marqué ; M MARQUIS trouva le ventre ballonné, M. BAUMGARTNER et RICARD parlent de ballonnement léger.

Constipation. — La constipation absolue, l'absence totale d'évacuation gazeuse ou fécale par l'anus est donnée comme un signe capital de l'occlusion aiguë, de même que dans l'occlusion chronique, les « longues périodes de constipation apiniâtre » (2). Les sujets des observations I et II étaient des constipés : M. MARQUIS nous raconte que jamais son malade ne se plaignit de diarrhée et n'avait eu d'évacuation rectale comme finale d'une crise ; M. BAUMGARTNER et ROUCAUD que la constipation était opiniâtre. Les malades au contraire de CRUVEILHER, PSALTOFF, M. RICARD et d'EISCHHORST n'étaient point constipés. La fillette de PSALTOFF à ce point de vue ne présente jamais de phénomènes d'occlusion malgré la quantité considérable de corps étrangers mais elle faisait souvent usage de purgatifs qui la soulageaient. « Ses selle étaient plutôt liquides et si parfois elles avaient une certaine consistance, les matières prenaient une forme spéciale, devenaient étroites et aplaties ». CRUWEILHIER dont les

(1) DE BOVIS: — Cancer du gros intestin, *Rev. de Chir.*, 1900.

(2) GUINARD in LE DENTU et DELBET, t. VII.

matières franchissaient l'obstacle *comme laminées par les noyaux*, dit HAUSSMANN (1), *liquéfiées* et morcelées comme au travers d'un crible, avait une *diarrhée rebelle*. Celle de M. RICARD avait une diarrhée continue avec de rares périodes de constipation 3 à 4 jours ; enfin la malade d'EISCHHORST avait certains jours jusqu'à 10 selles.

Dans ces diverses observations nous constatons un contraste surprenant entre ces deux catégories de malades, en ce qui concerne les évacuations alvines. A quoi est due cette différence de densification des matières.

CRUVEILHIER (2) explique ce fait par le roulement incessant des noyaux les uns sur les autres, qui trituraient les matières et les amenaient à un degré de division assez petite pour leur permettre de franchir le rétrécissement cancéreux. MM. OCKINCZYC et COMBIER (3) font remarquer que, « malgré tout le séduisant de cette hypothèse qui fait jouer au gros intestin rempli de corps étrangers le rôle d'un gésier d'oiseau, il s'agissait d'un cancer du colon transverse et qu'en ce point les matières sont encore assez liquides pour pouvoir filtrer assez facilement au travers de cette masse de noyaux accumulés. » Tout au plus, admettrions-nous volontiers, que le contact incessant et irritant de ces noyaux sur la muqueuse ait déterminé une hypersécrétion qui augmentait la consistance liquide des matières et entretenait la diarrhée. » OSSIPOWSKI (4) a for-

(1) HAUSMANN, Th. Paris, 1882, 228.

(2) *Ibidem*.

(3) OCKINCZYC et COMBIER. *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1908.

(4) OSSIPOWSKI. *Soc. anat.* p. 339 t. xv, 1840

mulé l'hypothèse que la sténose entraîne une suractivité réflexe des glandes du segment intestinal sous-jacent, qui par leur sécrétion entretiennent la fluidité du contenu de l'intestin. M. QUÉNU (1) admet plus volontiers, qu'en dehors de la présence d'ulcération, cette fluidité dépend de l'énorme dilatation située au-dessus du point coarcté. « Cette dilatation n'indique-t-elle pas que la tonicité musculaire a cédé, qu'il existe par suite une hypotonie du système nerveux pouvant retentir aussi bien sur les glandes que sur les fibres lisses. On peut encore soutenir que, dans le segment sus-jacent à la sténose, il se passe des phénomènes hypersécrétoires analogues à ceux qui existent dans la dilatation gastrique : la dilatation avec stase aboutit à l'irritation sécrétoire de la muqueuse, tout comme la sténose pylorique aboutit à l'irritation sécrétoire de la muqueuse, tout comme la sténose pylorique aboutit à l'irritation sécrétoire de la muqueuse gastrique. »

Des signes objectifs l'inspection de l'abdomen, sa distension, la dilatation des anses intestinales et les mouvements péristaltiques, (le péristaltisme est donné comme signe pathognomonique de sténose intestinale par FENWICK (2) peuvent nous orienter vers le siège de l'occlusion.

La palpation elle, avec l'aide de commémoratifs peut nous conduire au diagnostic causal : EISENHORST pensait à l'occlusion par des noyaux de cerises, mais la femme lui

(1) QUÉNU et JUDET. — Retréc. fibreux de l'int. grêle. *Revue de chirurgie*, 1902.

(2) FENWICK. — *The Lancet*, juin, 1885.

affirmant ne pas en avoir mangé, ce ne fut qu'à contre cœur qu'il fit le diagnostic de tumeur de l'intestin.

Jugeant sa valeur aux symptômes qu'elle nous révèle dans les observations citées, nous voyons que dans presque tous les cas elle nous fait découvrir une tumeur bosselée plus ou moins irrégulière et la sensation de corps qui s'entrechoquent.

M. BAUMGARTNER nous parle de tumeur volumineuse, mamelonnée, douloureuse au palper, EISCHHORST de tumeur allongée, bosselée, très douloureuse même à une légère pression, M. RICARD de nombreuses masses dures multilobulaires, M. MAUCLAIRE de bosselure indurées, MAYDL (1) de plusieurs indurations siégeant du côté interne de la tumeur et dues à la présence des noyaux accumulés en ce point.

La crépitation qui accompagne les bosselures peut être considérée comme le symptôme le plus important de l'occlusion par noyaux de cerises.

« Une crépitation accompagnant une pression légère exercée sur la paroi abdominale, rapporte HAUSMANN, au niveau du siège de la tumeur rappelait celle de l'emphysème. Nous vîmes alors, dit CRUVEILHIER, que la cause de cette sensation était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerises et que c'est la collision de ces noyaux qui avait produit l'illusion de l'emphysème. » La palpation, dit M. MARQUIS, nous révèle une sensation

(1) MAYDL in OCKINZYC et COMBIER. — *Rev. Gyn. et Chir. abd.*, 1908,

de corps s'entre-choquant, qu'il comparait à celle qu'on aurait obtenue en appliquant la main sur un sac de clous à moitié plein. M. BAUMGARTNER accuse lui aussi une sensation particulière de froissement à la mobilisation. Cette différence de perception nous paraît due à ce que les parois de l'anse en question étaient œdématisées et masquaient la netteté de la crépitation.

EISCHORST n'est pas moins affirmatif : « J'attire tout particulièrement votre attention sur une sensation spéciale de frottement, froissement, crépitation qu'on éprouvait partout sur la tumeur et surtout dans ses parties inférieures. Je remarquai que cette sensation perçue ressemblait parfaitement à celle qu'on éprouve de temps à autre en pressant une vésicule biliaire contenant des calculs et qu'on a depuis longtemps comparée à un sac rempli de noix. Dans le compendium (1) nous retrouvons un cas où un cliquetis très distinct fit soupçonner la présence d'un grand nombre de noyaux de cerises, dans une anse d'intestin herniée.

Il est à regretter qu'en pareille occurrence le diagnostic ne puisse être affermi par la radioscopie. Des diverses expériences faites par PSALTOFF à l'occasion de l'observation qu'il a produite à la société de chirurgie, de l'épreuve faite par M. BAUMGARTNER, il semble concluant que les renseignements fournis par elle sont insignifiants pour ne pas dire nuls, parce que les noyaux sont traversés par les rayons.

(1) Compendium de chirurgie, t. 1.

Il s'ensuit que le diagnostic causal, pour lequel les bosselures jointes à la crépitation sont d'un précieux secours (EISCHHORST y avait songé), reste le plus souvent incertain d'autant que les commémoratifs manquent dans la majorité des cas. Le malade en effet ne se rappelle pas — il peut être de bonne foi si l'ingestion remonte à des années (8 cas de M. MARQUIS, 14, dans celui de MADELUNG) — ou ne veut pas avouer avoir mangé quantité de cerises et surtout en avoir avalé les noyaux. Il se renferme dans un demi-mutisme obs. II, affirme n'avoir fait aucun écart de régime et ne pas avoir mangé de cerises, obs. d'EISCHHORST.

En résumé, quelques symptômes caractérisent ce mode d'occlusion et c'est sur eux qu'on fondera le diagnostic en en s'aidant des commémoratifs. Ce sont : *la sensation surtout de corps étrangers qui s'entre-choquent* à la façon de clous, noix, etc., les *bosselures* et le *laminage des matières*.

Anatomie Pathologique. — Examinons maintenant quel est l'état de l'intestin au niveau, au-dessous et au-dessus du rétrécissement, quelles sont les modifications éprouvées par les noyaux dans le tube digestif.

Au niveau même du rétrécissement, si serré soit-il, on ne constate que bien rarement la disparition totale de la lumière de l'intestin.

BOUCAUD (1) seul l'a observée : il lui fut impossible de

(1) Obs. XI.

retrouver la communication entre l's iliaque et le rectum, l'intestin étant oblitéré sur une longueur de 1 centimètre ; ajoutons que tous les traitements qu'il fit subir à son malade, pour lui procurer une selle, demeurèrent infructueux. Chez celui de M. BAUMGARTNER la sténose est infranchissable et cependant à la suite du traitement qu'on lui avait fait suivre le malade évacua des matières liquides. Dans le cas de CRUVEILHIER, malgré un rétrécissement serré, compliqué de la présence de 617 noyaux de cerises, il n'y avait pas d'obstacle apporté au cours des matières fécales ; dans l'observation 131 d'HAUSSMANN on trouva à l'autopsie une imperméabilité absolue à l'eau alors que pendant la vie les matières et les gaz passaient encore.

Au-dessous de la sténose, l'intestin subit le sort de tous les organes soumis à un moindre travail : le cours des matières étant interrompu, il se rétracte, devient grêle, s'atrophie contrastant avec la partie située en amont de l'obstacle : « il prend, suivant HAUSSMANN, l'aspect de l'œsophage. » Au point de vue opératoire peut en résulter une complication que nous allons signaler : lorsque le chirurgien, après avoir pratiqué l'entérectomie se prépare à réunir les deux bouts par entérorraphie circulaire, la différence de calibre est parfois telle qu'il en résulte des difficultés pour l'exécution de l'opération.

Au-dessus du rétrécissement, l'intestin est considérablement transformé : il est *toujours dilaté* sur une plus ou moins grande longueur et le plus *souvent épaissi*. Il revêt l'aspect d'une poche volumineuse, comme dans

l'observation de LUYS (1) où le cœcum atteignait le volume d'une cuisse d'adulte et celle de BOUCAUD où l's iliaque aurait rempli à elle seule un ventre de capacité moyenne ; tels les cas observés par MM. MARQUIS et BAUMGARTNER, où par suite de l'épaississement des parois la poche ressemblait à un second estomac. Cet épaississement d'après HAUSSMANN accompagne constamment les sténoses, mais plus accentué toutefois quand elles sont d'origine néoplasique. Il serait d'autant plus considérable que l'obstacle au cours des matières est plus serré et de date plus ancienne. Sa cause tiendrait à ce fait qu'à ce niveau le muscle intestinal doit exercer une action de plus en plus énergique, ce qui en détermine l'hypertrophie croissante au même titre que celle du ventricule gauche dans le cas d'un rétrécissement aortique et plus tard, lorsque son action est épuisée, la dilatation. TARDIEU (2) y voyait la confirmation de la loi de LAENNEC qui voulait que tout organe creux soumis à une distension prolongée hypertrophiât sa paroi en même temps que s'agrandissait sa cavité. D'après M. PATEL au contraire cette hypertrophie serait fonction de l'inflammation qu'on rencontre toujours au niveau de la sténose, d'où la dénomination de « pathologique » plutôt que « fonctionnelle » qu'il lui donne. Quoi qu'il en soit de sa nature, nous constatons cet épaississement dans l'observation de M. Marquis où la paroi était dure, *épaissie, ferme et non œdématisée ; épaissie et œdématisée* dans

(1) LUYS, *Soc. anat. de Paris*, 1889, p. 588.

(2) In PATEL. *Rev. chir.*, 1902.

celle de M. BAUMGARTNER, épaissie, également, dans celles de PSALTOFF, M. RICARD, BOUCAUD, M. MAUCLAIRE.

Etat des noyaux. — Les noyaux, comme nous l'avons déjà dit dans le début de notre thèse, ne sont pas attaqués par les sucs digestifs ; mais, par suite de leur long séjour dans le tube intestinal, ils subissent d'importantes transformations sur qui les observations de MM. MARQUIS, OUVRY et EISCHHORST ont attiré notre attention. Ils étaient recouverts, dans le premier cas, d'une enveloppe plus ou moins grisâtre, faite d'oxalate de chaux, de sels et pigments biliaires d'une épaisseur de quelques millimètres ; nous renvoyons à l'observation I pour l'analyse chimique. M. OUVRY leur attribue une couche calcaire épaisse de 2 millimètres environ (voyez son observation à la fin du chapitre Perforation).

M. EISCHHORST, à ce sujet, conclut : « Si nous voulons épuiser les faits qui concernent les noyaux de cerises et l'iléon, nous ne devons pas oublier de citer qu'il se forme autour d'eux de temps en temps des précipités qui entraînent la formation de volumineux calculs intestinaux capables de rétrécir la lumière de l'intestin, et même de l'obstruer. » MADELUNG (1) a décrit un cas chez un paysan de 32 ans qui, à l'âge de 14 ans, avait avalé quantité de cerises avec leurs noyaux. — Douleurs dans la région stomacale. Tumeur. — Expulsion, dans la 31^e année, à la suite d'un purgatif, de deux pierres grosses comme une

(1) In EISCHHORST.

châtaigne, puis, deux mois après, à la faveur d'un nouveau purgatif, de 29 autres analogues. Disparition de la tumeur. *Le centre de 12 était formé d'un noyau de cerise*, ce qui faisait à ces noyaux 17 ans de séjour. Dans l'enveloppe, dure comme pierre, on reconnut l'existence, à titre d'élément, de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie.

Etant donnés la genèse de cette enveloppe par apposition de couches successives, nettement visibles, la différence de coloration des noyaux, enfin les commémoratifs (le malade semble formel dans ses dires, que depuis 4 ans il n'a pas avalé plus de 40 noyaux), M. MARQUIS a pu reconstituer l'histoire de la maladie et nous faire connaître la durée du séjour de ces noyaux dans l'intestin de son malade ; il l'a évaluée à 8 ans pour les plus anciens.

Traitement. — En face de pareils cas, quelle est la conduite à tenir. Considérons les deux hypothèses suivantes : ou bien l'occlusion était chronique et soudainement, elle se transforme en occlusion aiguë ; ou alors elle reste chronique, subaiguë.

a) L'occlusion devient aiguë : il faut sans retard intervenir par la *Laparotomie*, qui, d'après M. LEJARS (1), « est l'intervention de choix si l'on se trouve dans les conditions pour faire vite et bien », ou *l'anus contre nature*.

b) L'occlusion reste chronique : on peut essayer les

(1) LEJARS. — *Traité de Chirurgie d'urgence*.

(2) DIET. — Th. Paris, 1895, n° 154.

moyens médicaux : laxatifs, glace, lavement électrique, entéroclyse, etc.

Mais l'indication est formelle, nous dit DIET (2), il faut que le chirurgien intervienne, dès que le traitement médical suffisamment prolongé reste inefficace (30 à 40 heures d'après Germain SÉE) et supprime l'occlusion par l'un des trois procédés suivants : *anus contre nature*, *entérectomie*, *entéro-anastomose*, dont nous allons discuter les avantages et les inconvénients.

Anus contre nature. — Avantages. — Il est de réalisation facile, ne détermine que peu de shock, réduit au minimum la durée de l'intervention, amène rapidement la cessation des symptômes d'occlusion.

Il est indiqué à l'exclusion de toute autre opération, lorsque l'état du malade exige une intervention rapide : on ne peut soumettre un malade presque mourant à une laparotomie. Indiqué également chez les vieillards et les très jeunes, chez qui on doit éviter les opérations longues et difficiles ; dans le cas de tumeurs inaccessibles ou nécessitant des délabrements considérables, de nature néoplasique : allez-vous partir en guerre à la recherche du cancer, nous dit BOUILLY (1) : « L'opération est trop grave pour la médiocrité du résultat... mais, puisque le cancer siège, dans l'immense majorité des cas, sur le gros intestin, n'avons-nous pas contre les accidents qu'il détermine... la ressource de l'anus contre nature ».

(1) BOUILLY. — *Rev. chir.*, p. 35, 1881.

Pour M. QUÉNU (1) la meilleure conduite à tenir dans le cas d'occlusion complète due à un cancer du gros intestin, est de se borner à parer aux accidents d'occlusion à l'aide d'un anus contre nature.

Ses inconvénients. — La *dénutrition* qu'il détermine, si l'obstacle pour lequel on l'établit est placé haut sur l'intestin qu'on prive d'une trop grande surface d'absorption ; l'*infirmité* qui l'accompagne et qui avait fait dire à SÉNU (2) : « Un malade avec un anus contre nature est véritablement un objet de pitié et je crois pouvoir affirmer sans crainte de contradiction que la plupart de ces infortunés malades préfèrent la mort à une pareille vie de misère. » BOUILLY trouve cette infirmité préférable à la redoutable alternative de vaincre... pour peu de temps ou faire mourir de suite.

Entérectomie. — *Avantages.* — Elle supprime la lésion. Par suite, elle peut paraître la plus avantageuse des opérations que nous étudions, toutefois, il faut qu'elle soit faite dans certaines conditions.

Le rétrécissement, à l'occasion de qui on l'emploie, doit être simple, de peu d'étendue, ou cancéreux, mais sans lésions de voisinage, sinon le résultat se trouve compromis, étant donné la fréquence des récidives. « Quand les lésions

(1) QUÉNU. — *Bull. soc. chir.*, 1904, p. 919.

(2) SÉNU. — *Annales de chirurgie*, 1886, t. VII. — *Intestinal Surgery*, 1890.

seront localisées aux tuniques intestinales et n'auront pas grande étendue, on pourra, grâce à la laparotomie, réséquer la petite étendue d'intestin malade. » BLACHEZ (1).

Inconvénients. — Elle nécessite une intervention de longue durée, ne peut être pratiquée que chez un malade ayant un bon état général, dont le rétrécissement est simple ou cancéreux au début, sans adhérences et sans trop grande portion d'intestin à réséquer.

Reste l'*entéro-anastomose* qu'ont employée avec succès MM. MARQUIS et BAUMGARTNER dans les observations que nous rapportons. « J'envisage un instant, nous dit M. MARQUIS, l'hypothèse d'une entérectomie, mais l'état général du malade et ses ganglions dont la nature est évidemment la même que celle de la tumeur, me font craindre de réaliser la prophétie de BOUILLY « vaincre pour... peu de temps ou faire mourir de suite. » Et M. BAUMGARTNER : « Il apparaît comme très difficile, étant données les nombreuses adhérences, de réséquer cette anse contenant des corps étrangers sous peine de dégâts sur les anses voisines et sur les mésos intestinaux, on fait alors une entéro-anastomose. »

Ses avantages. — Elle détourne les matières de leur cours normal par la voie qu'elle leur crée, par suite, elles

(1) BLACHEZ. — *In* Dict. Dechambre art. intestin, t. XVI, 4^e série, 1889.

ne franchiront plus le rétrécissement qu'en très petite quantité et les lésions inflammatoires pourront rétrocéder.

Elle supprime la difficulté qu'on a à réunir deux bouts d'intestin inégalement calibrés, après entérectomie. Elle permet au malade de récupérer ses forces ; retarde le ramollissement qui s'opère dans les tumeurs malignes et en conséquence diffère la perforation ; n'amène pas de délabrements aussi considérables que l'entérectomie, détermine moins de shock : « L'absence de résection, dit CHAPUT (1), donne à cette opération une bénignité si particulière... » ; elle peut s'établir en un point quelconque de l'intestin sans déterminer de troubles de l'absorption. En un mot « elle pourra rendre de grands services quand l'entérectomie est irréalisable. » (1)

Inconvénients. — Elle comporte toutefois l'inconvénient d'être une opération plus longue que l'anus contre nature ; elle n'est pas applicable aux vieillards, aux débilités, ni aux jeunes enfants. Elle est contr'indiquée dans l'occlusion aiguë en raison de sa durée et, d'après CHAPUT, parce que, avec un intestin distendu par les matières et les gaz, souvent friable, il est bien difficile de ne pas souiller le péritoine.

Il est impossible de tracer à l'avance une ligne de conduite au chirurgien ; à lui de discerner, lorsqu'il aura réuni tous les renseignements nécessaires de par l'examen du malade ou de la lésion, quelle sera l'opération la plus avantageuse pour celui-ci, la moins débilitante et la plus rationnelle.

(1) CHAPUT. — *In* Duplay et Reclus, t. VI, p. 492.

(2) FORGUE et RECLUS. — *Traité et Thér. chir.*, 1892.

III. OBSERVATION de M. Eischhorst.

« Ueber Kirschkernileus » sur l'occlusion intestinale par des noyaux de cerises.

M. H.. Nous nous sommes occupés, il y a 4 jours, d'une femme de 47 ans chez qui nous avons diagnostiqué une obstruction intestinale au niveau du colon ascendant qui nous semblait produite par une tumeur maligne. La malade qui au début ne voulait pas suivre notre conseil et se soumettre à une opération, finit, le jour suivant par se rendre à notre proposition et fut transportée immédiatement à notre clinique chirurgicale, où nous pratiquâmes, le jour même, l'opération. Mais nous trouvâmes dans l'intestin une cause d'obstruction tout autre que celle que nous avions supposée. Il nous fut facile d'enlever cette cause mais l'ablation ne réussit pas à conserver la vie de la malade qui mourut quelques heures après.

Nous nous proposerons comme tâche de rechercher, à la suite de l'autopsie, si nous nous sommes rendus coupables d'une erreur de diagnostic excusable et si le faux diagnostic qui fut porté a pu entraîner la mort de la malade.

A. H. Vous vous rappellerez que notre malade nous a dit que son père était mort d'une congestion pulmonaire, sa mère d'un cancer de la face et un frère d'une affection stomacale et intestinale.

A. P. Elle même étant enfant a eu la rougeole et une fluxion de poitrine. De 12 à 45 ans ses règles furent régulières et non douloureuses. Son estomac ne pouvait supporter tous les mets. Il y a

2 ans elle a eu des crampes d'estomac, de la diarrhée qui s'étaient produites sans cause appréciable.

Les 4 semaines suivantes, elle éprouva fréquemment des douleurs dans la région de l'estomac et des vomissements. Les douleurs devinrent insupportables dans les derniers jours et à cela s'ajouta une diarrhée rebelle si bien qu'elle fut obligée certains jours d'aller *plus de 10 fois à la selle*. Pendant ces derniers jours elle rendit ainsi tout ce qu'elle avait absorbé.

Il n'y avait pas de sang dans les vomissements ni dans les matières fécales.

L'amaigrissement fut prompt et les forces diminuèrent d'une façon constante mais rapide. Depuis une semaine elle était confinée au lit et le médecin de la ville qui lui donnait ses soins diagnostiqua *un cancer de l'estomac*. Elle fut acceptée et entre le 3 août dans notre clinique chirurgicale.

Vous vous rappellerez probablement que nous cherchâmes activement à nous renseigner près de la malade sur la cause de sa dernière maladie. Tous nos efforts restèrent vains mais la malade faisait toujours ressortir *qu'elle n'avait fait aucun écart de régime*.

Dès le jour de son arrivée à la clinique, nous l'examinâmes et nous trouvâmes en présence d'une femme pâle considérablement amaigrie offrant le spectacle d'une cachexie avancée : les traits étaient profondément tirés ; la physionomie revêtait l'expression de la fatigue et de la souffrance. La voix était voilée mais particulièrement haute comme un timbre, languissante rappelant celle d'un cholérique. Elle avait pleine connaissance mais était prostrée. Les muscles avaient fondu ; on ne trouvait plus trace de graisse. La peau lorsqu'on la plissait restait dans le même état où on l'abandonnait et se laissait traverser par la lumière du jour. Pas d'oedème.

La malade se plaignait de douleurs violentes dans la partie droite du ventre, de vomissements fréquents, de besoins répétés

d'aller à la selle, de diarrhée, de sensation de grande faiblesse. Température normale. La veille de l'observation nous avions constaté 36°5 et le matin, lors de l'examen en commun nous trouvâmes 36°7 dans l'aisselle.

Par contre nous observâmes des changements importants de pouls : il était à peine sensible et battait 120 pulsations à la minute se suivant régulièrement.

A l'auscultation du poumon et du cœur : rien d'anormal.

A l'examen du ventre, on le trouva considérablement ballonné ; sous la paroi abdominale amaigrie apparaissaient les anses intestinales étagées horizontalement, dans lesquelles de temps en temps se passait des mouvements péristaltiques accompagnés de bruit de glou glou, ou bien elles se redressaient. Par opposition aux parties du ventre situées à gauche et au centre très agitées, la partie droite était absolument *immobile*.

En palpant le ventre, on sentit sur les parties en mouvement une tension modérée mais sans réveiller de douleurs. A droite il en était tout autrement : on pouvait y sentir une tumeur *allongée, bosselée*, dure et très douloureuse, même à une pression légère, qui se trouvait située dans la fosse iliaque droite à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure et qu'on pouvait suivre jusqu'au bord inférieur droit du foie sous lequel elle disparaissait. A sa partie la plus inférieure elle avait à peu près l'épaisseur, la largeur d'un bras d'homme alors dans sa partie supérieure elle était un peu moins volumineuse.

J'attire tout particulièrement votre attention sur une sensation spéciale de *frottement, de froissement, de crépitation*, qu'on éprouvait partout sur la tumeur et surtout dans ses parties inférieures. Je remarquai que cette sensation perçue ressemblait parfaitement à la sensation que l'on éprouve de temps à autre en *pressant une vésicule biliaire contenant des calculs* et qu'on a depuis longtemps comparée à celle d'un sac rempli de noix. Un jour que j'avais fait

un toucher rectal chez un homme qui présentait des signes d'occlusion intestinale, j'avais remarqué également cette sensation et trouvé alors son empoule remplie de noyaux de cerises.

En dépit de cette *sensation très nette à la palpation*, nous n'avons pu percevoir aucun bruit en appliquant le stéthoscope. A la percussion cette tumeur rendait un son *mat* pendant que tout le reste du ventre était sonore.

La matité du foie commençait en haut au niveau de la 6^e et 7^e côtes droites pour se terminer en bas au niveau du bord inférieur droit de la cage thoracique. A la limite supérieure de cet organe on reconnaissait un léger déplacement pulmonaire. Il n'était pas possible de sentir d'une façon nette le rebord inférieur du foie.

Au niveau de la rate : sonorité on ne la sentait pas.

Durant les 12 dernières heures la malade avait vomi 10 fois et les matières vomies atteignaient le volume de 200 cent, cubes : ces vomissements revêtaient l'aspect d'une masse vert grisâtre, mélangés de caillots de lait : le tout avait une odeur acide et *fécaloïde*.

La malade était allée à la selle 7 fois ; ses matières offraient un aspect vert brun, mélangées à du mucus.

Elle avait uriné au moment de ses selles.

Déjà pendant les dernières heures ses forces avaient considérablement diminué ; elle ne pouvait plus rien garder. Nous conseilâmes donc de faire l'opération soit pour éloigner une cause d'occlusion dont nous supposons l'existence dans la région du colon ascendant soit pour faire un anus contre nature.

Pour ce qui est de la nature de la cause de l'obstruction en question on pouvait : en premier à cause du petit bruit de crépitation perçu dans l'intestin, semblable au bruit fait par une pierre, on pouvait songer à l'obstruction de l'iléon par corps étranger, *calculs biliaires*.

Cependant l'étendue de cette tumeur abdominale paraissait trop grosse pour qu'il fût possible de songer à des calculs biliaires, il

aurait fallu dans ce cas plusieurs centaines de ces corps étrangers et la femme n'avait jamais eu de coliques hépatiques. De même l'étendue considérable de cette tumeur ne donnait guère à penser qu'il s'agissait de calculs intestinaux ; c'est pourquoi je fus amené à penser que *j'étais en présence d'une obstruction intestinale produite* par des noyaux de cerises, attendu qu'il y a quelques années, comme je l'ai déjà dit je m'étais trouvé en présence d'une occlusion semblable et cependant la femme *m'affirma qu'elle n'avait pas mangé de cerises*. Il ne me restait plus qu'à me demander si ce bruit n'était pas un bruit de frottement péritonéal particulièrement dur, en rapport avec une tumeur maligne de la paroi intestinale

Je dois dire que ce n'est qu'à contre cœur que j'ai fait ce diagnostic. La malade refuse de se faire opérer mais le lendemain son état ayant empiré, les vomissements devenant plus fréquents, les les glaires rendues avec les matières, *la rétention de gaz* tout cela influence la malade qui nous demande de la délivrer par une opération. Sa température avait été dans la journée du 4 août de 36,5 à 36,9 et le soir à 7 h, 36. 5. Pouls 100-120 à peine perceptible. La malade fut donc transportée le matin à la clinique et opérée l'après midi.

L'abdomen étant ouvert, on trouva d'abord que le péritoine était normal. On découvrit facilement cette tumeur intestinale placée à droite et après avoir incisé l'intestin on constata que la partie *inférieure de l'iléon et tout le colon ascendant étaient remplis d'une masse considérable de petits noyaux de cerises* entre lesquels se trouvaient enclavées des queues de cerises. Lorsqu'on eut enlevé ces noyaux on vit la muqueuse intestinale très rouge mais par ailleurs normale ; on les compta et on en trouva 909.

On avait ensuite présumé que la malade avait bien supporté l'intervention quand après quelques heures ses forces disparurent et la mort survint le jour même.

L'autopsie permit de *constater seulement* des altérations de la muqueuse intestinale au niveau de la partie inférieure de l'iléon, du cœcum et du colon ascendant ; très forte *hyperémie avec grandes et petites hémorragies*, celle du cœcum présentait *plusieurs abcès* dont le fond avait mauvais aspect. La partie inférieure de l'intestin grêle et du colon contenait un *liquide de couleur chocolat avec des noyaux de cerises très nombreux*. Comme la morte avait prétendu ne pas en avoir mangé, nous fîmes venir le mari pour nous renseigner sur ce point, il nous apprit que les affirmations de sa femme étaient inexactes mais que la quantité de cerises qu'elle avait dû manger ne lui avait pas semblé énorme. Malheureusement il ne put nous dire quand elle les avait avalées.

En tous cas, il ne peut y avoir aucun doute : on se trouve en présence d'une observation de corps étranger de l'iléon d'une espèce tout à fait spéciale. Si le diagnostic faisait supposer qu'il ne pouvait s'agir que de l'occlusion de l'iléon par suite d'un néoplasme du colon ascendant et n'avait pas été exact, nous pouvons franchement affirmer que la malade n'aurait pu être traitée autrement qu'elle ne le fut et qu'ainsi elle n'a pas eu à souffrir de notre diagnostic.

Si vous me demandez : des observations analogues ont-elles été publiées ? je vous répéterai que moi-même à la clinique de Zurich il y a eu plusieurs années j'ai fait une constatation à peu près semblable à celle-ci concernant les noyaux de cerises dont voici le résumé.

IV. — OBSERVATION II de M. Eischhorst

Le 26 avril 1887, un employé de chemin de fer, âgé de 49 ans, des environs de Zurich entra à la Clinique Médicale ; il y avait déjà été traité en 1876 pour congestion pulmonaire, fièvre typhoïde. Il jouissait d'une bonne santé.

Depuis le 24 juillet après-midi pas de selle ; les gaz de temps en temps s'échappent encore. De l'anus sortait un liquide muqueux et dans les 24 dernières heures il *n'avait pu uriner*. Son ventre avait grossi de plus en plus, amenant de l'oppression et de la difficulté à respirer. Eructations fréquentes depuis 12 heures, nausées croissantes sans vomissements.

Le malade ne put donner aucune cause capable d'expliquer la nature de ses souffrances. Il dit que, le dimanche après-midi, il avait fait une promenade dans son jardin et avait mangé quelques cerises. Si la constipation existait depuis lors, le nombre des cerises était trop minime pour qu'il pût être considéré comme étant la cause de son malaise. Nous étions en présence d'un homme d'une très forte constitution dont les organes thoraciques étaient normaux. L'abdomen était dans toute son étendue fortement ballonné, partout également mais restait indolore. La tension de la paroi abdominale était modérée.

En palpant l'abdomen on pouvait sentir au-dessus de la symphyse du pubis une tuméfaction anormale, unie, souple, dépressible, de forme ovale, surplombant la symphyse de la largeur de la main et due sans aucun doute à la distension considérable de la vessie.

Le malade avait pleine connaissance, se plaignant d'une constipation opiniâtre sans évacuation de gaz intestinaux, de nausées qui augmentaient de plus en plus, de douleurs à la miction.

Température normale ; la veille au soir 37.4, le matin 36.9.

Pouls 84 à 100 : régulier, petit, peu tendus.

Dans les 12 dernières heures, le malade ne rend qu'avec peine 600 cc. d'urine ; elle est rougeâtre, sans albumine, contenant un peu d'indican. D. : 1026.

Comme de juste on s'empressa de faire un toucher rectal : ce qui frappa d'abord, c'est que l'anus n'était pas fermé et que de son orifice entr'ouvert s'échappait une petite quantité de liquide transparent et muqueux. Au-dessus du sphincter le doigt rencontra une masse dure comme pierre, arrondie, produisant une crépitation si on la refoulait.

Plusieurs, analogues, furent reconnues qui remplissaient l'ampoule rectale de façon si cohérente que le doigt ne pouvait s'enfoncer qu'avec difficulté. On avait l'impression qu'il ne pouvait s'agir que de noyaux ds cerises et le malade fut traité en conséquence. Le suppléant, le D^r HUBERT fit sortir tous les noyaux en se servant du doigt : il y en avait 1010, le tout pesant 230 grammes. Vous voyez par ce que je vous ai dit comme quoi on ne peut avoir confiance dans le dire des malades, puisque celui-ci avait parlé de quelques cerises et oublié d'ajouter qu'il en avait avalé les noyaux.

Immédiatement après l'ablation des noyaux, le malade se sentit soulagé, des gaz s'échappèrent en abondance et l'abdomen s'affaissa ; il éprouva le besoin d'uriner et rendit 200 cc. ensuite on le sonda et on retira 800 cent. cubes d'urine. Le soir la température monta à 382. Comme le malade, le lendemain, restait constipé, on lui fit un lavement d'eau tiède dans le gros intestin. Alors il se produisit une débacle diarrhéique mais sans noyaux de cerises. Le malade se trouva bien et on eut de la peine à le retenir deux jours de plus à la Clinique qu'il quitta le 30 août 1887, nous promettant d'être plus prudent à l'avenir, lorsqu'il mangerait des cerises.

Mes deux observations se complètent en ce sens que dans le premier cas il s'agit d'une obstruction de la partie infé-

rieure de l'iléon et du colon ascendant, dans l'autre de celle du rectum. Dans ce dernier cas s'ajoutait encore une obstruction du col de la vessie par pression de rectum rempli de cerises. Dans les deux cas un liquide muqueux s'écoulait de l'anus.

Si vous cherchez dans la littérature des observations semblables, vous en trouverez *très peu* à ma connaissance. Dans le travail récent et complet fait sur l'Iléon dans la Chirurgie Allemande année 1906, on trouve indiqué à la page 171 que FISCHER à deux reprises avait observé, après l'ingestion de cerises et de noyaux, des symptômes d'occlusion de l'iléon qui disparurent sans aucune intervention avec l'expulsion des noyaux, dans le premier cas le 8^s jour, dans le second, le 10^e.

FABRE nous dit aussi que dans le Bourbonnais, de tels cas n'ont rien d'extraordinaire à cause de la grande consommation de cerises sauvages qui sont l'aliment préféré de la population.

Jusqu'à présent nous n'avons envisagé que des cas d'obstruction intestinale où le calibre de l'intestin n'était pas diminué. Il est facile de comprendre que le danger grandit lorsque l'intestin se trouve rétréci depuis plus ou moins longtemps à un endroit quelconque. Dans ces cas quelques noyaux de cerises suffiront à l'obstruer ou bien encore ils s'accumuleront en très grand nombre au-dessus du point rétréci. Pour le prouver je citerai l'observation de CRUVEILHIER où 617 noyaux de cerises étaient arrêtés au-dessus d'un cancer sténosant du colon transverse.

Si nous voulons épuiser les rapports qui existent entre les noyaux de cerises et l'iléon, nous ne devons pas oublier de citer qu'il se forme autour d'eux, de temps en temps, des précipités qui entraînent la formation de volumineux calculs intestinaux capables de rétrécir la lumière de l'intestin et même de l'obstruer. MADELUNG a décrit un cas analogue : il s'agissait d'un paysan de 32 ans qui dans sa 14^e année avait mangé quantité de cerises avec leurs noyaux. Ce ne fut qu'un an après qu'il éprouva des maux d'estomac et fut pris de vomissements répétés : on les attribua à une tumeur de l'estomac, Sept ans après un médecin trouve dans la région de l'estomac une résistance ferme qu'il déclare être une tumeur. Ce n'est seulement que dans la trente-et-unième année, après l'emploi d'un purgatif, que furent expulsés avec les matières fécales deux pierres grosses comme une châtaigne puis deux mois après, à la faveur d'un nouveau purgatif, vingt-neuf pierres analogues. Le centre, dans 12 d'entre elles, était formé d'un noyau de cerise. Dans l'enveloppe, dure comme pierre, on reconnut l'existence, en qualité d'élément, du phosphate de chaux et du phosphate de magnésie.

Lorsque ces corps furent sortis du tube intestinal, la sensation de résistance disparut complètement.

Si l'on pouvait se fier aux dires de vieux médecins, un simple noyau de cerise serait capable dans certaines circonstances d'obstruer une certaine partie de l'intestin et d'entraîner des accidents mortels car si vous lisez les anciens traités qui s'occupent des affections de l'appendice vermiforme, vous trouverez que souvent l'inflammation est due à un noyau de cerise, ce qui est faux. Je suis d'au-

tant plus heureux de parler de ceci et rapidement que c'est un des mérites de la Clinique de Zurich d'avoir montré ce qu'il y a de faux dans cette opinion. Un de mes prédécesseurs le défunt professeur BLERMER, dans la thèse de BOSSARD attira l'attention sur ce point que ces supposés noyaux de cerises dans l'appendice, sont en réalité des concrétions fécales ayant l'apparence de noyaux de cerises, et qu'il est impossible à un noyau de cerise de pénétrer dans l'appendice, parce qu'il est beaucoup trop gros.

Malgré tout, reste le fait qu'il est dangereux d'avalier les noyaux de cerises en grande quantité et que nous, médecins, nous avons le devoir de mettre nos clients en garde contre cette habitude.

V. OBSERVATION de M. le Professeur Ricard in thèse de Giret

Occlusion incomplète par sténose cancéreuse du colon ascendant
avec corps étrangers dont 78 noyaux de cerises.

G. N., 63 ans ménagère, se présente à l'hôpital le 15 mars 1908 pour des troubles abdominaux douloureux surtout marqués depuis trois mois.

La malade a présenté il y a 3 ans une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite qui l'a obligée à un repos au lit prolongé.

Pendant sa convalescence et depuis la malade présente une grande répugnance pour les aliments, surtout pour la viande : de temps à autre vomissements, le ventre reste toujours endolori.

Il y a trois mois réapparition de douleurs plus vives dans la fosse iliaque droite, les vomissements deviennent plus fréquents. Ils ne sont plus toujours alimentaires mais quelquefois bilieux, la diarrhée s'installe d'une manière continue : rares périodes de constipation de 2 à 4 jours. La malade deux à trois fois a remarqué dans ses selles des filets de sang et de glaires.

Actuellement la malade souffre surtout par crises, elle accuse des coliques douloureuses qui disparaissent assez brusquement pour renaître quelques heures après. Ces crises sont surtout fréquentes la nuit ou quand la malade veut se lever. L'ingestion d'aliments les provoque aussi assez régulièrement, les coliques s'accompagnent de gargouillements.

A l'examen du ventre légèrement ballonné, souple pourtant, la palpation permet de reconnaître sur le trajet du colon ascendant de nombreuses masses dures multilobulaires. On trouve un clapotage qui s'étend à toute la fosse iliaque droite, son tympanique dans la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche se voilant vers la droite. En décubitus latéral droit le flanc gauche est sonore, le flanc droit submat ; en décubitus latéral gauche la submatité persiste à droite, elle remplace la sonorité à gauche.

Au moment des crises, les anses grêles se dessinent sous la paroi amaigrie. Le cœcum paraît être également le siège de contractions péristaltiques.

Le toucher rectal et vaginal ne donne aucun renseignement, État général assez bon.

Pendant 4 jours, on observe les mêmes signes et les examens répétés donnent les mêmes résultats. Pas de vomissements.

Diagnostic : Occlusion incomplète pas sténose probablement concréreuse du colon ascendant.

Opération le 19. Laparotomie.

Les anses grêles sont uniformément dilatées. Cette dilatation se poursuit sur le cœcum et le colon ascendant, on vérifie à travers les parois hypertrophiées de ce dernier la sensation de petites masses dures perçues à l'examen du coude du colon ; à l'angle sous hépatique masse néoplasique peu adhérente.

Rien à la vésicule.

Anus artificiel comme premier temps.

48 heures après, ouverture de l'anus : abondante évacuation de matières liquides. Dans les cinq jours qui suivent la *malade évacue par l'anus 78 noyaux de cerises*, 49 noyaux de prunes et 2 noyaux d'abricot.

VI. — OBSERVATION de M. Mauc^elaire. (1)

Plusieurs centaines de noyaux de cerises au dessus d'un rétrécissement du colon descendant. Anus contre nature lombaire:

Au commencement d'Août 1905, j'ai eu à observer un malade dans le service de M. LE DENTU que je remplaçais, malade qui m'était adressé par M. DIEULAFOY avec le diagnostic de tumeur du rein à gauche. Le diagnostic paraissait évident, la tumeur occupait bien la loge lombaire gauche ; elle était indurée, bosselée, on sentait le ballotement rénal.

Toutefois il n'y avait pas de troubles urinaires, mais de légers accidents d'occlusion intestinale que nous avons attribués à la compression de l'intestin par la tumeur.

Après une incision lombo iliaque, je tombe en avant du rein qui est reconnu sain et j'arrive sur la tumeur irrégulière, bosselée sur laquelle je fis une incision exploratrice ; et je fus très surpris de voir sortir plusieurs centaines de noyaux de cerises. Je ne les ai pas comptés, mais il y en aurait eu plein les deux mains. Les parois intestinales du gros intestin étaient très épaissies. L'évacuation terminée, je constatai un point rétréci sur le gros intestin laissant à peine passer le petit doigt, mais je ne pus être fixé sur la nature du rétrécissement était-il cicatriciel, tuberculeux, syphilitique ou cancéreux ?

Je me suis contenté d'établir un anus contre nature lombaire. Les jours suivants de nombreux noyax de cerises furent encore éliminés.

Le malade interrogé se rappela avoir mangé depuis plusieurs semaines une très grande quantité de cerises. J'ai perdu le malade de vue.

(1) Bulletin de la société de Chirurgie, 10 décembre 1912.

VII. — OBSERVATION *de Cruveilhier in thèse Hausmann.*

Cancer du colon transverse et arrêt de corps étrangers :

Femme de 58 ans morte sans avoir présenté aucun phénomène d'étranglement interne, affectée de diarrhée jusqu'à son dernier jour et chez laquelle on découvrit à l'autopsie 617 noyaux de cerises arrêtées dans le cœcum, le colon ascendant et une partie du colon transverse. Les causes de cette accumulation de noyaux étaient un rétrécissement cancéreux siégeant à l'arc du colon. Les tuniques intestinales étaient remplacées par un tissu aéroilaire pénétré de suc cancéreux, présentant un aspect encéphaloïde et ayant prodigieusement rétréci le calibre de l'intestin.

Chose remarquable, malgré ce rétrécissement si serré qu'il permettait à peine l'introduction d'une plume de corbeau, il n'y avait pas rétention de matières fécales : les noyaux de cerises eux-mêmes n'apportaient pas d'obstacle au cours des matières qu'ils laissaient passer liquéfiées et morcellées comme à travers un crible. Une crépitation avait accompagné sur le vivant une pression légère exercée sur la paroi abdominale au niveau de la tumeur.

Nous vîmes alors que la cause de cette sensation était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerises et que c'est la collision de ces noyaux qui avait produit l'illusion de l'emphysème.

VIII. — OBSERVATION *de M. Ferron.*

Occlusion par cancer du colon ilion-pelvien. — Iléo-rectostomie.

Accidents de rétention :

En août appelé près d'un homme de 50 ans en état d'occlusion depuis 5 jours.

Tuméfaction iliaque gauche interprétée comme contracture intestinale au-dessus d'un obstacle (HARTMANN et OCKINZYCK), fait porter le diagnostic de cancer du gros intestin près de sa terminaison.

Le 25 août : Laparotomie médiane sous ombilicale.

Anastomose iléo-rectale dernière anse de l'iléon et première partie du rectum avec le bouton et la pince de « Lardennois. »

Le malade guérit et vide son intestin rapidement.

Le 5 septembre. — 10 jours après l'opération — il se sent moins bien, il est gonflé.

Le 6 malgré une selle diarrhéique abondante, le ventre est ballonné.

Dans la nuit du 6 au 7 pas de selle, le malade souffre : lavement et selle.

Le 9, ventre ballonné, il sort cependant de gaz par l'anus. Le 10-11, état grave. Langue rotie, pouls rapide : le malade fait à nouveau de l'occlusion.

Nouvelle intervention est décidée et pratiquée le 12. Pensant à une obturation de bouton et connaissant le siège de néoplasme, M. Ferron décide de pratiquer à la cocaïne un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche, créant une anse sans éperon, une soupape de sûreté, analogue à celle que l'on a conseillée de faire en pareille occurrence sur le cœcum. L'intestin ouvert par ponction donne issue à des gaz et des matières liquides et le malade est rapidement soulagé par une débacle importante. Dans les jours suivants sortent par l'anus artificiel, d'abord 2 noyaux de cerises puis un jour 380 noyaux de cerises, enfin deux autres jours deux fois autant des mêmes noyaux. Or le malade n'a mangé de cerises que l'année précédente, en 1905 ; ces noyaux se sont donc accumulés peu à peu depuis ce temps au dessus de l'obstacle et ont dû contribuer à la première crise d'obstruction.

IX.— OBSERVATION de *Psaltoff* membre correspondant étranger

Tumeur de la fosse iliaque droite composé de plusieurs corps étrangers — 794 noyaux de cerises, griottes, prunes, pastèques, grenades etc..., — siégeant à la dernière portion de l'intestin grêle : valvule iléo-coecale.

Malade âgée de 12 ans, née de parents jouissant d'une parfaite santé, n'ayant aucun antécédent.

Elle nous raconte que depuis 4 ans elle était prise tous les 10 jours de douleurs au ventre qui ne duraient que quelques heures. Cependant depuis quelques mois, ces douleurs devenues plus violentes et constantes étaient accompagnées de vomissements et de fièvre ; c'est pourquoi elle s'était décidée à entrer à l'hôpital et à demander nos soins — 30 octobre 1907.

Elle n'avait jamais présenté aucun phénomène d'occlusion intestinale mais elle faisait souvent usage de purgatifs qui la soula-geaient.

Les selles étaient plutôt liquides et si parfois elles avaient une certaine consistance, les matières fécales prenaient une forme spéciale et devenaient étroites et aplaties. La malade n'avait pas d'appétit, elle fébricitait un peu et avait une certaine sensibilité à la région où se trouvait la tumeur.

En palpant le ventre on trouvait facilement à la région du coecum une tumeur allongée — forme ovale — qui descendait et occupait presque toute la fosse iliaque droite ; cette tumeur n'avait pas de consistance dure et ne paraissait pas adhérente au squelette. Le reste du ventre était souple et indolent, seule la région où siégeait la tumeur était sensible surtout à la pression.

Le diagnostic d'une appendicite chronique, d'une tuberculose ou même d'une actinomyose du coecum, bien qu'il n'en fût pas satisfaisant fut le premier à se présenter à notre esprit.

Comme les douleurs de la malade continuaient, que la fièvre ne cédait pas et que son état général empirait, nous nous sommes décidés à intervenir. Après avoir endormi la malade sous le chloroforme, nous avons fait une très longue incision de Roux. A peine arrivés sur le péritoine, nous trouvons l'épiploon adhérent aux intestins et congestionné. Nous le détachons avec précaution ; toute la surface de l'intestin saignait abondamment. La dernière portion de l'intestin grêle était très distendue, trois fois plus volumineuse que le normal sur une étendue de 20 centimètres et ses parois comme celles du coecum enflammées et très épaissies.

En palpant l'intestin grêle, on sent très nettement *les corps étrangers qui glissent sous les doigts en produisant une certaine crépitation.*

L'idée nous est venue en ce moment de pousser les corps étrangers vers le coecum et de leur faire suivre leur voie normale, mais nos premières tentatives ayant échoué, nous avons cru que dans l'intérêt de la malade, il valait mieux les enlever sans trop maltraiter l'intestin. Nous avons donc incisé l'intestin sur une étendue de 3 à 4 centimètres prenant toutes les précautions pour ne pas injecter la cavité péritonéale. Les parois de l'intestin comme nous l'avons dit étaient épaissies et dures : à peine l'incision faite il en est sorti une quantité considérable de noyaux de différents fruits, savoir : 77 *noyaux de cerises*, 43 de griottes, 8 de prunes, 56 pépins de pastèques, 396 de grenades, 200 de raisins, 3 grains d'hélianthe et 1 grain de plomb.

En tout 794 sans compter une certaine quantité que nous avons perdue pendant l'opération.

Après avoir enlevé tous ces corps étrangers et bien exploré avec une bougie rectale la cavité de l'intestin; qui était complètement libre, nous avons procédé à la suture.

Le coecum et la partie de l'intestin opérée étaient adhérents dans la profondeur et en palpant bien, nous avons trouvé autour

du coecum quelques ganglions inflammatoires de la grosseur d'une noisette et au-delà, et nous les avons soigneusement enlevés. Nous avons fait la suture des parois de l'abdomen sans drainage, la réunion s'est faite par première intention et la malade quitte l'hôpital trois semaines après, complètement guérie. Nous avons dernièrement revu la malade ; elle se porte à merveille sans aucun trouble du côté des intestins, la région opérée est souple, indolente et l'on n'y constate pas la moindre dureté même si l'on presse profondément.

Après l'opération nous avons soumis les parents et l'opérée à un interrogatoire très minutieux et nous avons pu nous convaincre que cette agglomération des corps étrangers s'était faite 4 ans auparavant dans l'intestin de notre malade. Les parents de la malade en voyant le corps du délit se sont rappelés qu'elle avait fait, *4 ans auparavant*, un grand abus de fruits qu'elle mangeait avec leurs noyaux. Comme elle était tombée malade à la suite de cet abus et comme elle continuait à souffrir elle n'a plus mangé de fruits.

Il n'y a pas de doute que notre petite malade ait quatre ans auparavant avalé tous ces noyaux qui ont si longtemps séjourné dans son intestin sans causer d'autres troubles que ceux que nous avons décrits ; nous savons du reste que tous ces corps étrangers sont réfractaires à l'action des sucs digestifs.

X. — OBSERVATION de M. le Professeur Quènu

Traitement opératoire du cancer du gros intestin. Bull. & Mein.
Soc. chirurgie 1904 16 nev. p. 919.

Observation 1. — Dans le premier cas il s'agit d'un jardinier auprès duquel j'avais été mandé ; ce pauvre homme était atteint

d'occlusion complète ; sa dernière garde-robe remontait à un mois. Espérant vaincre une constipation opiniâtre, il avait absorbé des quantités de cerises et avalé pas mal de noyaux. Il succomba avant même toute intervention.

L'autopsie montra qu'au-dessus d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque admettant à peine une plume d'oie, s'étendait un magma dur formé de matières fécales densifiées et de *plus de 30 noyaux de cerises*.

Observation 2. — Il y a 3 ou 4 ans au mois d'octobre je donnais des soins avec le D^r de Launay à un peintre connu d'une cinquantaine d'années en proie à une crise d'occlusion complète. Des signes d'obstruction incomplète avaient précédé la crise finale et depuis plusieurs semaines le malade avait tenté de se rafraîchir en faisant une cure de raisins.

Je fixai le cœcum à la paroi abdominale et 24 heures après, ayant trouvé avec le doigt une consistance ferme de l'intestin, au lieu de ponctionner je pratiquai d'abord une petite puis une large ouverture. Rien ne sortit, je rencontrai une sorte de ciment d'une dureté extrême constitué par des matières fécales durcies et des pépins de raisin ; malgré l'emploi du doigt et d'une curette, je ne réussis pas à déboucher le cœcum et le malade succomba sans avoir rendu ni matières ni gaz.

XI. — OBSERVATION de M. le D^r Boucaud, médecin
de l'Hôtel-Dieu.

Lyon Médical, 18 août 1878.

A PROPOS DE CERISES

Un homme de 59 ans, sobre du reste, mais aimant beaucoup les cerises a déjà éprouvé des accidents à la suite de cette gourmandise.

Il était assez bien portant, remplissant les fonctions de concierge, malgré une constipation opiniâtre, lorsque le 26 juin 1877 il absorbe *à lui seul en une séance 500 grammes de cerises avec leurs noyaux*. Le lendemain son ventre se ballonne et il souffre de coliques qu'il crut pouvoir négliger d'abord ; mais la marche ascendante du mal l'amène à l'Hôtel-Dieu, le 2 juillet avec les symptômes d'une obstruction intestinale, et après 4 jours de souffrances, d'efforts infructueux, il succomba le 7 juillet. A l'autopsie on trouva un rétrécissement à la naissance du rectum.

Ce cas de rétrécissement présente de grandes analogies avec le fait suivant observé à Paris en Avril 1878 et que je vais exposer d'après son auteur. Voici l'observation présentée à la société anatomique dans la séance du 5 avril par M. Guinaud :

Occlusion intestinale produite par un cancer de la partie
supérieure du Rectum.

Suivent un extrait de cette observation et la comparaison des 2 malades.

« Malgré la perforation, il n'y avait qu'une péritonite viscérale légère avec épaissement du mésentère. On n'a pu retrouver le collet fibrineux en forme de tête de serpent dans les branches veineuses du membre inférieur droit qui s'est œdédié. — Les veines iliaques étaient remplies de caillots noirs récents. — »

L'auteur s'étonne que malgré une large perforation du gros intestin et l'écoulement dans l'abdomen de liquide fécaloïde, ils n'ont pas trouvé les lésions confirmées de la péritonite généralisée. La lecture de son observation suffit à expliquer cette absence de lésions péritonéales. Dans la soirée du sept avril le malade éprouve des

douleurs vives qui du creux épigastrique s'irradient dans tout le ventre et c'est alors qu'il vomit des matières brunes très amères. Cette aggravation subite des symptômes indique l'heure où s'accomplirent et la perforation et l'épanchement fécal dans le ventre et c'est dans la même nuit que le malade s'éteignit. Le temps a manqué à l'inflammation péritonéale pour amener l'exsudation qui la caractérise.

Le malade que j'ai observé l'an dernier était un peu plus vigoureux et se croyait bien portant avant l'ingestion de ses cerises. Il succomba aussi à une obstruction intestinale produite par un rétrécissement squirrheux étranglant l'origine du rectum et situé trop haut pour être atteint par le toucher rectal.

L'autopsie nous montra que l'intestin n'était pas perforé et que le péritoine très violacé n'était encore le siège ni d'épanchement ni d'exsudation. La dilatation occupait tout le gros intestin, mais aucune obstruction ne siégeait ni dans le cœcum ni dans le colon parfaitement libres, et la seule obstruction était ce *rétrécissement squirrheux* situé à l'*origine du rectum*. L'S iliaque précédant immédiatement l'obstacle était bien plus dilatée que le colon. Elle aurait rempli à elle seule un ventre de capacité moyenne et en l'ouvrant j'ai trouvé une outre qui aurait coiffé une tête d'adulte et dont les parois étaient très épaissies. Tout le colon était distendu par des gaz et des matières liquides. Celles-ci remplissaient cette énorme poche de l'S iliaque: et au milieu de ce liquide étaient répandus de nombreux noyaux de cerises. Il fut impossible de retrouver une communication entre l'S iliaque et la Rectum. La production étranglait circulairement l'intestin dont le calibre était oblitéré dans la longueur d'environ un centimètre. Le rectum au-dessous de la lésion, l'intestin grêle étaient sains et le foie ne présentait pas de lésions secondaires. Le colon tout entier ne présentait quoiqu'à un degré moins élevé que sa terminaison, non seulement une teinte violacée mais une *tuméfaction avec épaissement de ses*

tuniques qui formaient un tube large et presque rigide. Avant d'inciser le colon je l'ai piqué mais sans faire sortir beaucoup de gaz et sans que cet intestin dilaté revint sur lui-même.

Pendant sa vie notre malade a présenté des symptômes analogues à ceux qu'a offerts le sujet de l'observation présentée à la société anatomique. Il n'a pas offert avant de mourir une explosion brusque de douleurs épigastriques avec *vomissements fécaloïdes* qui chez le malade observé à Paris a marqué l'instant de la perforation, mais une marche graduellement croissante de tout les symptômes. Quant aux douleurs qui s'irradient du flanc gauche, quant à la forme pyramidale du ventre ballonné, à ses bosselures, à ses contractions partielles tangibles à travers la paroi du ventre, il y a identité à peu près complète entre les deux patients. Chez notre malade la lésion avait produit une *striction aussi absolue que possible*, aussi nous n'obtinmes jamais de selles ni par les purgatifs, ni par les lavements. Pour ne rien négliger, l'interne du service introduisit dans le rectum une sonde œsophagienne afin de mieux faire pénétrer le lavement évacuant, mais sans résultat. On eut recours aussi à un lavement d'eau chargée d'acide carbonique, moyens heureux souvent dans les obstructions intestinales, mais sans aucun succès.

Contre la douleur on a bien essayé d'unir aux narcotiques une application réfrigérante sur l'abdomen, mais jusqu'au collapsus final, le malade était si agité qu'il ne pouvait rester en place et ne gardait sur le ventre ni vessie de glace ni compresse glacées.

Pour remédier à la gêne respiratoire que produisait cette distention gazeuse du colon, on essaya, après avoir échoué avec tous les moyens internes, de donner issue aux gaz qui distendaient le tube intestinal espérant qu'après cette évacuation les fibres musculaires reprendraient leur contractilité. Sur trois points très tendus à sonorité tympanique, on plongea un trocart explorateur et l'on adapta à la canule la pompe aspirante de l'appareil DIEU-LAFOY ; mais on n'obtint pas le dégonflement cherché et il ne

sortit ni gaz ni liquides. Il ne pouvait être question d'émission sanguines chez cet homme que l'on reconnut atteint d'obstructions et non pas de péritonite malgré les vomissements. L'état de ses forces contr'indiquait du reste les débilitants d'une manière absolue.

Conclusions. — La lésion qui obstruait le tube intestinal, incomplète avec la vie, a dû se compléter depuis l'ingestion intempestive des cerises, mais elle devait être déjà assez avancée le 26 juin pour troubler les fonctions. Le malade doué d'un esprit de sécurité prenait peu garde à sa constipation. S'il eut accepté un essai bien tardif d'entérotomie, je crois que l'état des parois du colon aurait été défavorable à l'établissement d'un anus contre nature pratiqué sur cet intestin. Une conséquence plus modeste de cette observation serait que, bien que dans l'âge heureux, les enfants mangent beaucoup de fruits tout entiers et de impunément, il serait plus sage de ne pas avaler des noyaux qui peuvent aggraver une constipation ou déterminer une typhlite.

XII. — OBSERVATIONS *résumées du D^r Fabre de Commentry.*

Gazette médicale de Paris 1876.

Observation 1. — Fillette âgée de 7 ans et demi. Signes de péritonite. Issue de 267 *noyaux* de cerises accumulés dans le rectum, grâce au traitement suivant, après diagnostic par le toucher rectal : Irrigation avec une seringue de 125 cent. cub. Guérison.

Observations. 3 — Coliques atroces par la cure de cerises, 701
noyaux dans le rectum.

Même traitement que dans l'observation 1 plus 5 lavements
d'eau froide 250 grammes.

Observation 4. — 591 *noyaux* extraits du rectum d'un homme
présentant des signes de péritonite ; il avait fait « ripaille » le 14
et 16 juillet. Même traitement.

Observation 5. — Docteur Charles LARONDE, publiée par TRAPENARD en 1907.

Colique occasionnée par l'accumulation dans le rectum de nombreux *noyaux* de cerises.

Cet homme était monté sur un cerisier où une heure durant il avait ingurgité des cerises et négligé la sage précaution de rejeter les *noyaux* des fruits dont il avait fait une ample consommation.

Ces *noyaux* furent extraits avec le doigt jusqu'au dernier car les lavements demeurèrent infructueux.

Observation 6. — du Docteur LAMARELLÉE 1882.

Occlusion intestinale par *noyaux* de cerises accumulés dans le rectum Irrigations — 20 litres — infructueuses.

Alors le Docteur LAMARELLÉE se servit d'abord d'une curette mais comme le travail n'avancait pas il l'abandonna pour une cuiller à café : il retira *plein une assiette à soupe de noyaux*.

Et fait curieux, il ajoute : « Jugeant le nettoyage suffisant, je conseillai des lavements émollients et une plus grande sobriété de cerises à la malade qui en dépit de la preuve tangible qu'il lui présentait, persistait à dire qu'elle n'avait pas mangé plus de 6 cerises.

Observation 7. — du Docteur PEYROT 1885.

Femme 73 ans. Obstruction par amas de noyaux de cerises au toucher rectal. Lavement et douches infructueux. Le doigt indicateur seul servit à dégager la malade après 2 heures de travail soutenu.

XIII. — OBSERVATION 3 du D^r Fabre

Coliques atroces par la cure de cerises. — 701 noyaux dans le rectum

Le 15 juillet 1885, je voyais entrer dans mon cabinet de consultation, un forgeron occupé aux ateliers de fers des mines de Commentry, âgé de 39 ans et dont le facies pâle, amaigri, me frappa au premier abord.

H... M..., se plaignait de coliques atroces. Il avait des efforts continuels, mais infructueux, pour aller à la garde-robe. Sa langue était saburrale et sèche, sa figure grippée; il avait des nausées. Le pouls était à 112-116. Le ventre était douloureux à la pression surtout dans la fosse iliaque gauche. A force de questions, je finis par apprendre de mon client que le 12 juillet, éprouvant le besoin de se purger, car il avait la bouche mauvaise et la langue chargée, il avait voulu profiter des trois journées de chômage qui commençaient par le dimanche 12 et finissaient par la fête du 14 Juillet, pour faire sa cure annuelle de cerises, mais d'une manière plus complète que les années précédentes. Il s'était donc rendu dans un village voisin chez des parents, et avait procédé, en montant sur un cerisier, à l'ingestion rapide de nombreuses crises dont il ne prenait pas le temps de rejeter les noyaux. Le lendemain 13, il eut de la diarrhée et il aperçut des noyaux dans les selles. Le soir il sentit les premières épreintes et quelques noyaux secs sortirent.

Le 14, il avait eu des efforts continuels, mais à peu près infruc-

tueux. Il ne dormit pas la nuit suivante, étant en proie à des coliques violentes et obligé de se lever à tout instant pour se mettre sur le vase. Mais rien ne sortait. Les souffrances devenaient intolérables. Il sentait un poids de cent kilos, disait-il, lui peser à l'anus et ce poids se refusait à sortir.

Je le fis déshabiller ; la muqueuse anale était enflammée et laissait suinter un liquide d'un jaune pâle à odeur repoussante. J'essayai d'introduire mon index, je rencontrai de petits corps durs donnant la sensation d'un sac de noix sèches, mais le patient criait à tue-tête. Je dus le faire sortir dans la cour qui avoisine mon cabinet de consultation et je me décidai à introduire un spéculum « *ani.* » Ce fut en arrachant des cris atroces à H... M..., que je pus faire entrer mon spéculum. Mais une fois introduit, je ne pus l'ouvrir tant était grande la résistance de mon client. Je retire donc l'instrument de supplice et lui substitue un simple spéculum « *nasi* » de Duplay. Celui-là je l'ouvre quand même et quelques noyaux se décident à sortir. Je prends une seringue à hydrocèle chargée d'eau et par des injections répétées j'amène une *avalanche de noyaux* (y compris quelques cerises intactes). Ces noyaux sortaient humectés d'un liquide fétide jaunâtre, d'une odeur spéciale, la même que celle que j'avais sentie en examinant l'anus et qui me rappelait aussi l'odeur exhalée par les noyaux sortant du rectum de la fillette de 1881.

J'avais une salle d'attente remplie de malades et je maugréais en voyant le temps que j'allais passer à faire sortir tous les noyaux qui semblaient garnir le rectum ; je pris le parti de mettre un peu d'intervalle entre chaque introduction de spéculum et je me mis à donner des consultations entre les séries d'injections. Je laissais donc M... dans la cour en lui disant de s'occuper à compter en les ramassant dans une cuvette les noyaux sortis. Dix minutes après je revenais trouver mon patient. Il avait ramassé 295 noyaux.

La deuxième série d'injections en amena 92 ; la troisième pra-

tiquée après 10 nouvelles minutes de repos en fit sortir seulement 31. Je donnai deux lavements d'eau à 1/4 d'heure d'intervalle et 5 minutes après le second, c'est-à-dire 20 minutes après la troisième série d'injections.

J'en pratiquai une quatrième qui fit sortir 29 autres noyaux. Cinquième série d'injections 10' après la quatrième : il vient 49 noyaux. Lavement de 250 gr. d'eau froide à garder 10' au bout desquelles je donne un autre lavement. Je réintroduis le spéculum ani et presque sans nouvelles injections, il sort, mêlés à des détritibus de matières fécales et à l'eau des lavements qui a pris la teinte bilieuse, 90 autres noyaux. Quatre autres lavements à garder un peu. Quelques instants après selle spontanée, très liquide au milieu de laquelle se retrouvent 29 autres noyaux. Cinq minutes après la garde-robe, nouvelle introduction de spéculum, nouveaux lavages, 69 noyaux. H... M..., essaye d'aller du ventre, rien ne vient plus. Je fais alors ma prescription. Elle consiste dans un bain de siège d'une demi-heure dans de l'eau de guimauve tiède. puis on se mettra au lit et l'on prendra un lavement de décoction de graines de lin toutes les 2 heures. Cataplasmes de farine de lin sur le ventre et potion.

Après sa rentrée chez lui, il eut une autre selle avec 21 noyaux ; puis plus rien, Le 16, mon malade se trouve bien. Je lui ordonne de prendre 30 gr. d'huile de ricin, le lendemain 17.

Aucun nouveau noyau ne fut expulsé. H... M.... était guéri vers la fin de la semaine, quoique très affaibli. Il avait rendu 701 noyaux que je lui fis mettre dans un petit sac, représentant le volume de deux poings.

Je dois ajouter que jamais je n'avais eu l'occasion de voir une confusion pareille à celle de cet homme, qui est loin d'être dépourvu d'intelligence, lorsqu'il a eu devant les yeux ce témoignage d'une gloutonnerie dont il essayait à peine de s'excuser, sans chercher à la justifier.

XIV. — OBSERVATION V *du D^r Fabre*

Colique occasionnée par l'accumulation dans le rectum de nombreux noyaux de cerises, par le D^r Charles LARONDS

Il y a vous le savez, colique et colique : colique venteuse, colique rhumatismale, colique par indigestion, constipation, calculs biliaires, étranglement interne etc. etc... en tout, vingt-deux espèces, selon SAUVAGES. Or le praticien est passablement embarrassé quand il veut, au chevet du patient, remonter à la cause de ses souffrances.

Cet embarras, le D^r Ch. LARONDE l'a éprouvé auprès d'un malade de la campagne en proie, depuis 4 jours à des coliques, légères le premier jour, violentes dès le second, atroces enfin le quatrième. La figure était pâle, altérée, le pouls petit, fréquent, le ventre tendu, météorisé. Il n'y avait eu ni indigestion, ni écart de régime.

Toutefois dès l'invasion les selles étaient supprimées et les coliques plus fortes à gauche, présentaient en outre plus d'acuité à l'hypogastre qu'ailleurs. On crut donc devoir insister et l'on fit en conséquence détailler par le malade, article par article tout ce qu'il avait ingurgité la veille et le jour de l'apparition des coliques. De la sorte on parvint à savoir que le matin même du jour en question cet homme était monté sur un cerisier où une heure durant, il avait négligé la sage précaution de rejeter les noyaux des fruits dont il avait fait d'ailleurs une ample consommation. Or, pas de selles depuis, donc présence de noyaux quelque part : ceci mit le docteur sur la voie. Le malade étant couché sur le ventre en travers du lit, jambes et cuisses écartées, il procéda immédiatement au toucher rectal.

L'ouverture anale était à peine franchie que le doigt investigateur tomba sur une masse de noyaux des plus compactes et se trouva brusquement arrêté aux extrêmes limites de cette singulière tumeur. Pressés de toutes parts par le rectum qu'ils distendaient outre mesure ces noyaux étaient, en outre, liés ensemble par une

espèce deciment composé de matières fécales durcies, de débris de pulpe et de sang caillé.

M. LARONDE attaqua par sa base cette masse hétérogène et avec le doigt de plus en plus recourbé, il parvint à faire jaillir au dehors une énorme quantité de noyaux ? mais l'opération fut longue, car à mesure qu'il s'effectuait, le vide se remplissait par l'affaissement de la pyramide de noyaux, dont on ne put atteindre le sommet qu'après dix minutes d'un travail soutenu. On eut dit un mannequin rembourré de cerises, sans la souffrance si énergiquement exprimée par le patient, qui ne l'était guère. Néanmoins l'extraction allait grand train ; mais bientôt la malade se tordant comme un damné sous le doigt libérateur, le médecin crut devoir vers le milieu de sa tâche recourir à des lavements, qu'il lui fallut pour cause majeure administrer lui-même.

Cette tentative infructueuse pour le malade, fut pour le médecin, déjà si mal partagé, excessivement malencontreuse. Force fut donc d'extraire, à la pointe du doigt et jusqu'au dernier, ces innombrables noyaux. Le sol à une notable distance du lit en était littéralement pavé. L'auteur était loin, à la vérité de soupçonner au rectum humain, une telle capacité pour les noyaux de cerises.

XV. — OBSERVATION *du docteur Trapenard.*

Centre méd. et pharm. Gannat 1907 - 08, 70 - 72. XIII. Obstruction
Obstruction intestinale par des noyaux de cerises.

Dans le cas que je viens d'observer il y a quelques semaines, il s'agit d'une femme Madame X... âgée de 55 ans, bien constituée et encore si vigoureuse qu'elle se permet de monter aux arbres, aux cerisiers en particulier. C'est ce qui m'a du reste valu le plaisir de faire sa connaissance et la petite opération suivante encore plus

agréable. Cette brave femme vint à ma consultation le visage grippé, la figure très abattue, dans un pitoyable état. Sans se faire prier, elle me conta que la cause de sa fatigue était sa gourmandise. Trois jours avant, elle était allée ramasser des cerises sauvages et comme elle avait soif, elle en avait mangé beaucoup et avait avalé, me dit-elle quelques noyaux. Depuis cette époque, elle n'était plus allée à la garde-robe, son ventre se ballonnait, elle avait des coliques et de l'anus sortait un liquide horriblement fétide ; j'allais oublier de fréquentes envies d'aller à la selle. Je pensais à l'obstruction intestinale ; mais quel en était le siège ? La bonne femme avait pris déjà force lavements mais sans aucun résultat. Le toucher rectal me fit sentir, à 3 ou 4 centimètres de l'orifice, une masse compacte de noyaux pour ainsi dire enkystés et enserrés de telle sorte qu'il me fut difficile de détacher le premier. Quant à les faire sortir, c'était une autre affaire, car la malade avait en outre des hémorroïdes gonflées et très douloureuses. Néanmoins comme il était grand temps d'agir, je réussis à désagréger avec le doigt la masse des noyaux un à un d'abord, puis par paquets, je débarrassai la patiente de tous ces noyaux de cerises. J'avais au préalable fait quelques injections de cocaïne autour de l'orifice et badigeonné la muqueuse interne avec cette même solution. J'espérais que lorsque les premiers auraient passé je pourrais à l'aide de lavements faire sortir le reste. Mes tentatives n'eurent aucun succès, peut-être aussi, faut-il l'avouer, parce que je n'eus pas assez de patience. Je pris donc mon courage à deux mains et maugréant contre l'odeur insupportable, je terminai heureusement cet accouchement d'un genre spécial et bien étrange. Quelques bains de siège par la suite, un suppositoire belladonné pour calmer l'irritation, un peu d'huile de ricin pour débarrasser l'intestin et ma malade fut rétablie jurant, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus.

Quant au nombre des noyaux que j'ai fait sortir, je n'ai pas eu la patience, ni surtout le courage de les compter, mais j'en ai

extrait un plein petit saladier. Comme ces noyaux n'étaient pas très gros, je pense qu'il devait y en avoir *près d'un millier* ; c'était à désespérer de voir le dernier.

XVI. — OBSERVATION semblable *du Docteur Barathier de Bellenaves communiquée au Docteur Trapenard.*

Il s'agissait d'un instituteur M. X... qui lui ne s'était pas contenté d'avaler de petites cerises sauvages, mais de gros bigarreaux. Les symptômes furent les mêmes. L'obstruction siégeait au rectum. Il y eut aussi des efforts incessants, des épreintes, un affreux tenesme rectal, et toujours le même suintement liquide. L'individu n'était pas allé à la selle depuis 3 jour malgré une purgation qui avait redoublé les coliques. A l'aide de lavements et surtout grâce à beaucoup de patience le Docteur BARATHIER arriva à débarrasser le patient de cet encombrant bagage. Je crois aussi devoir faire remarquer que l'adhérence de ces gros noyaux entre eux était moindre que celle de tous ces petits cités dans mon observation, ce qui donnait plus de prise aux lavements pour les désagréger.

CHAPITRE II

Perforations Intestinales



I. — OBSERVATION de M. le docteur Marquis

Péritonite par ulcère du duodénum.

M. L. âgée de 31 ans. A 13 ans elle a eu la variole dont elle porte encore les traces sur le visage. Du 15 au 25 juin dernier elle a reçu des soins à l'Hôtel Dieu de Rennes pour des maux d'estomac qui furent mis sur le compte de l'éthylisme.

Depuis quelques jours elle ressentait des douleurs dans la région de l'estomac et des reins. Lundi quoique plus malade, elle fit encore son travail, *mais dans la nuit elle fut prise d'une douleur violente et subite dans l'hypocondre droit.* Les crises revinrent plusieurs fois dans la nuit de sorte qu'elle demanda son médecin et qu'on lui mit des vésicatoires sur le ventre et au creux de l'estomac.

Le matin elle se met à vomir, le ventre se ballonne et la malade entre à l'Hôtel Dieu.

A l'examen de cette femme, on remarque un abdomen très tendu et douloureux à la moindre pression. Le poulx est petit et rapide : 130 ; la langue un peu sale, le faciès mauvais semblable à celui qu'on observe dans les infections péritonéales. Cette femme ne présente aucun signe d'occlusion ou d'étranglement : elle était allée à la selle d'une façon régulière les jours précédents. Ses urines sont normales.

Aussitôt le *diagnostic de péritonite aigüe est porté* et on prépare l'intervention. On lui fait une injection de 20 cent. cubes d'huile camphrée, 1 litre de sérum artificiel intra-musculaire et 5 litres

intra veineux, avant et pendant toute la durée de l'opération, ainsi que dans les 4 heures qui suivent. A noter que pendant tout ce temps ainsi que pendant l'opération, la malade fut tenue assise.

Lorsqu'on ouvre le paroi, il s'échappe un jet de liquide sous pression (1 litre environ). Arrivé sur les viscères, on voit que le liquide sort de l'estomac, ce qui conduit à sa face postérieure, vers le pylore ou le début du duodénum, sur une perforation de la grandeur d'une pièce de 1 franc à bords très nets, taillés à pic. On suture l'ouverture au fil de lin et ceci avec peine, car les tissus voisins enflammés se déchirent facilement : on essaie de protéger la première suture en ramenant et fixant l'épiploon par dessus ; puis on place deux drains et referme avec de la gaze iodoformée.

Pendant tout ce temps il s'échappe plusieurs litres de liquide (2 ou 3) et avec lui des caillots de lait, des œufs, des grains de et autres aliments ; *tombé dans la cavité péritonéale, à la faveur de la perforation, on trouve un noyau de cerise.*

Ensuite on fait une incision au-dessus de la symphyse et on place deux gros drains dans le cul de sac de Douglas, après avoir ramené l'utérus en avant, puis on termine l'intervention qui a duré *une* heure environ.

A ce moment le pouls de la malade qui avait déjà eu une grande quantité de sérum est encore à 125 et faible. Dans l'après-midi, on lui fait 5 litres de sérum dans le rectum. Le soir la malade est bien ; le pouls rapide sans être trop faible. La nuit elle dort et le lendemain matin de bonne heure, on lui fait 2 litres de sérum dans le rectum. Vers 9 heures son pouls est très petit, presque incomptable et bat 260. La malade vomit du sang noir, mais elle se trouve bien, son faciès étant du reste meilleur que la veille. Elle a uriné plus que la quantité normale. Température 37°2.

On refait le pansement ; le liquide s'écoule surtout par les drains, on fait encore à la malade 6 litres de sérum dans le rectum. Vers midi le faciès étant mauvais et le pouls plus rapide, on lui

injecte 1 litre de sérum intra-musculaire. Le mieux est sensible jusqu'à 5 heures : température 38 et les urines, qui le matin étaient abondantes, deviennent inférieures à la normale. De nouveau l'état s'aggrave, la pouls devient à partir de ce moment incomptable jusqu'à la mort qui survient à minuit malgré un nouveau litre de sérum intra-musculaire et plusieurs (60) cent. cubes d'huile camphrée.

II. — OBSERVATION *Docteur Fabre et Pereton*

Rapport médico-légal. Mort par perforation intestinale. Autopsie.

Cultivateur âgé de 66 ans trouvé mort à son domicile. Matières et noyaux sous le cadavre.

Duodénum et intestin grêle très distendus par les gaz. Pas de lésions organiques. Rien d'anormal au coecum, à l'appendice iléo-coecal, au colon ascendant et transverse. Masses excrémentitielles dans le colon transverse, fluctuantes et isolées.

Masses analogues plus volumineuses dans le colon descendant ; elles obstruent la partie inférieure de l'S iliaque énormément distendue et tout le rectum. Au dessus du sphincter qu'il n'a pu franchir se trouve accumulé *un énorme agrégat de noyaux de cerises*, mêlé de matières fécales excessivement dures dont le poids peut être évalué à 400 grammes environ. Le poids total des matières n'ayant pu se faire jour au dehors doit-être d'environ 1000 à 2000 grammes. Au sommet de l'ampoule rectale *l'intestin s'est rompu*. Des matières fécales délayées semblables au liquide brunâtre dont nous avons constaté la présence dans l'hypocondre droit se trouvent en arrière dans la vessie mêlée à des noyaux et à des matières fécales durcies qui se sont échappés de l'intestin à la suite de la rupture.

La cause de la mort de M. X. doit-être attribuée à une rupture

intestinale survenue à la suite de l'occlusion prolongée de l'S iliaque et du rectum dilaté outre mesure et enflammé depuis longtemps.

Péritonite après la perforation de l'intestin grêle
occasionnée par les noyaux de cerises

Docteur JONKOWSKI, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*,
t. XXXV, n° 3, 20 janvier 1910.

Les corps étrangers qui ont passé le pylore et les coudures du duodénum, n'occasionnent généralement pas une grande perturbation.

Dans le cas suivant, la maladie occasionnée par l'absorption des noyaux de cerises n'a pas suivi son cours normal à cause de l'huile de ricin ordonnée et très nuisible en ce cas.

P. S., âgé de 42 ans, ouvrier marié, admis à l'hôpital le 10 août, décédé le 11 août 1909. (7860).

Antécédents. — Hier après-midi, le malade avait mangé une grande quantité de cerises avec les noyaux ; quelque temps après il a éprouvé de fortes douleurs au ventre et le médecin demanda à ordonner de l'huile de ricin ; la nuit les douleurs sont devenues encore plus violentes et l'excrétion des matières fécales s'est complètement arrêtée ainsi que l'évacuation des gaz. Le malade s'est

plaint du mal de cœur mais n'a pas eu de vomissements. Il faut remarquer que, 20 ans avant, le malade avait ressenti de fortes douleurs au ventre, mais autrement sa santé était parfaite.

Etat actuel. — Taille moyenne, forte constitution, bien replet. Cyanose forte. Pleine connaissance ; température 37,5 ; pouls 120, régulier et très petit ; battements de cœur clairs ; à la partie supérieure des poumons, respiration vésiculaire sifflante ; urine claire contenant des traces d'albumine ; langue humide et très chargée ; abdomen assez fortement ballonné, surtout le bas du côté gauche ; les parois abdominales sont tendues et peu sensibles au toucher, partout existe un son tympanique, mais pas de résistance. Au rectum, on constate une sensibilité des parois rectales antérieures. Après une injection de camphre, le pouls s'est amélioré ; un lavage de l'estomac a fait rendre 500 centimètres cubes d'un liquide brunâtre, mais sans odeur forte. Après un lavement d'huile, est venue seulement l'eau du lavage mêlée de quelques excréments ; la sonde en caoutchouc pouvait être introduite facilement et très loin.

Ensuite on a proposé l'opération, car on prévoyait des complications d'une appendicite datant probablement des premières douleurs dont on a tant parlé dans les antécédents.

Après une injection sous-cutanée de morphine de 0,01 et Scopolamin 0,0005, on a commencé la chloroformisation. On a fait une incision médiane de l'abdomen, on a vu les anses de l'intestin grêle distendues, fibreuses et rouges, adhérentes en maints endroits, et il s'est écoulé un liquide assez abondant, mousseux, très jaune et d'une odeur fétide. Au milieu, à la convexité de l'intestin grêle, on a constaté une perforation avec fort relèvement de la muqueuse ; le diamètre était de 1 centimètre $1/2$. Au bord de cette ouverture on n'a pas constaté formation de cicatrice ; on l'a alors suturée transversalement sur deux étages avec un fil de soie continu. On a lavé les replis collés avec une solution de sel chaude et physiologi-

que. On a tiré de la cavité pelvienne *une centaine de noyaux en partie broyés*. Après avoir nettoyé la cavité abdominale avec des tampons de ouate humide et avec précaution, on a tamponné largement jusqu'à la cavité pelvienne, ensuite on a fermé l'incision et on a fait un pansement antiseptique.

Pendant l'opération, on a fait au malade des injections sous-cutanées de solution salée mais on n'a obtenu qu'une légère amélioration du poulx. On a ordonné des injections camphrées toutes les 2 heures et on a placé le malade dans la position de Fowler.

L'état général s'est aggravé et le décès est survenu le 11 août à 4 h. 1/2 du matin, c'est-à-dire, 36 heures après le début de la maladie.

De l'autopsie faite par le Docteur BERTELS, il résulte qu'on n'a pas trouvé de pus dans la cavité abdominale. Les replis de l'intestin grêle étaient légèrement enflés, l'hypérémie et les parties fibreuses étaient complètement disparues. La suture de la perforation avait résisté, l'intestin incisé contenait des excréments mous, d'une couleur brune et parmi lesquels on a trouvé *270 noyaux de cerises* et quelques peaux de cerises non digérées ; *quelques noyaux étaient broyés*.

La plus grande *partie des noyaux se trouvait dans le cæcum* et dans la partie voisine de l'intestin. L'endroit perforé se trouvait à 2 m. 85 du duodénum. On a enlevé la suture de l'intestin pour voir s'il existait un ulcus avant la perforation, mais on n'a pu constater de changement à la muqueuse de l'intestin. Les reins étaient pâles, la rate, très petite, pesait seulement 80 grammes ; les autres organes n'avaient rien d'anormal.

D'après la description de cette maladie, il est presque certain que la *perforation de l'intestin a été provoquée par les noyaux de cerises*.

Pour expliquer ce cas, on peut examiner les causes du calcul biliaire et au congrès chirurgical de 1893, M. KORTE s'explique et donne son avis à ce sujet :

Au commencement, le calcul biliaire empêche le passage des ingesta des intestins, par suite, le contenu des intestins commence à se décomposer et produit des gaz qui excitent le péristaltisme, d'où il résulte des coliques, un rétrécissement des muscles intestinaux et alors les excréments se trouvent arrêtés.

Dans le cas cité, ce sont probablement des noyaux cassés qui ont blessé la muqueuse et produit une contraction intensive des muscles intestinaux, pour cette raison, les noyaux et les peaux de cerises se sont amoncelés et ont produit l'obturation de l'intestin. Très probablement, par suite de l'huile de ricin ordonnée, le péristaltisme a été augmenté jusqu'à ce que la perforation se produise.

La raison pour laquelle le malade n'a pu se rétablir est qu'il est arrivé à l'hôpital dans un état très grave et environ 20 heures après la perforation, ce qui a rendu le traitement très difficile.

PERFORATION INTESTINALE

Possédant un cas de perforation du duodénum, observé par M. MARQUIS, dans lequel un noyau de cerise (v. l'obs.) fut retrouvé dans le péritoine à la suite de la perforation, nous avons été amenés à consacrer un court chapitre à l'étude de cette complication. A cette occasion, nous avons rapporté une observation de JONKOWSKI, traduite de la littérature allemande et concernant une perforation de l'intestin grêle, à peu près en son milieu, à 2 m. 85 du duodénum (voir celle de GUINAUD citée dans l'observation de BOUCAUD au chapitre *Occlusion* où est mentionnée une perforation du gros intestin) et, à la fin de ce chapitre, le fait extrêmement curieux que M. OUVRY a bien voulu nous communiquer, fait où, à la faveur d'une fistule uréthro-rectale, des noyaux de cerises se sont accumulés dans une poche uréthrale, tandis que d'autres demeuraient dans le rectum avec des noyaux de prunes.

Nous y étudierons le siège de la perforation, ses dimensions, plus longuement ses causes et enfin le traitement de la péritonite en conséquence.

Son siège. — Toute muqueuse est susceptible d'altération

du fait qu'un ou plusieurs corps étrangers existent à son contact de façon permanente. L'intestin, qui est une voie de passage pour beaucoup d'entre eux tels que noyaux de fruits, grains de raisin, haricots, etc., aura plus de chances que tout autre organe de se trouver lésé. Nous n'en voulons pour preuve que les observations de M. MARQUIS, FABRE, JONKOWSKI, citées, et celles que LE GUERN (1) a réunies dans sa thèse sur l'appendicite par corps étrangers. Le siège de cette perforation est le plus fréquemment l'appendice (2) (FABRE, en 1851, proclamait dans sa thèse que la perforation relevait exclusivement de la présence de corps étrangers), puis viennent le cœcum, PARETTE, le duodénum, M. MARQUIS, ou tout autre point de l'intestin grêle, JONKOWSKI, ou du gros intestin, FABRE et PERETON.

Ses dimensions. — Rien n'est plus variable que l'étendue de la perforation réduite, comme le montre COSTE (3) dans deux cas de perforation diastatique, à quelques millimètres seulement ; peu considérable dans celle de JONKOWSKI où elle atteint un centimètre et demi, alors qu'on trouve une centaine de noyaux de cerises, en partie écrasés il est vrai, tombés dans le péritoine ; enfin, grande de quelques centimètres, pièce de un franc, dans l'observation de M. MARQUIS.

(1) LE GUERN. — Th. de Paris, 1893, n° 208.

(2) Voir LE GUERN, *ibid.*

(3) COSTE. — Th. Lyon, 1905, n° 18, obs. XXIII.

Ses causes. — Nous distinguerons des causes favorisantes et des causes déterminantes de la perforation.

a) DÉTERMINANTES. — 1° *La présence du corps étranger.* — Le plus souvent, cette variété, les noyaux de cerises, provoque une hypersécrétion, nous l'avons vu dans le chapitre précédent en examinant l'état de l'intestin au-dessus du rétrécissement. Toutefois l'irritation des parois, au bout d'un temps qui varie avec la sensibilité de l'organe lésé, peut quelquefois aboutir à une ulcération par suite des phénomènes de nécrose qui se produisent, tels les abcès qu'EISCHHORST (1) retrouva sur la muqueuse du cœcum et dont le fond avait mauvais aspect, tel le cas de NIMIER (2), rapporté par OCKINZYC, où un haricot dans un cas d'occlusion, fut retrouvé dans le péritoine où il s'était échappé à la faveur d'une *ulcération qu'il avait contribué à ouvrir.*

2° *L'occlusion et la distension* qui agissent à la fois comme causes occasionnelles (cas de NIMIER) et comme causes déterminantes. En effet, par suite de la stagnation des matières et du dégagement considérable de gaz qu'elle provoque, la distension qui en résulte peut donner à l'intestin des proportions énormes (cas de LUYs (3), cœcum du volume d'une cuisse d'adulte) et amener, lorsque la

(1) EISCHHORST. — *Loco citato*, v. observation d'occlusion.

(2) NIMIER. — Occl. intestin. *arch. med. et pharm. milit.* 1894, XXIII, n° 22, p. 15 et in OCKINZYC et COMBIER, *Rev. Gyn. et chir. abd.*, p. 659, 1908.

(3) LUYs. — *Loco citato* in occlusion.

limite d'élasticité est atteinte, *une perforation dite par diastasis* (4) (COSTE). Mais comme le fait remarquer HAUSMANN (5), la distension graduelle s'accompagne d'une augmentation proportionnelle de la paroi intestinale, ce qui expliquerait la rareté des cas où elle a suffi à déterminer à elle seule la rupture. D'ordinaire, ces causes sont inefficaces, il faut que, pour ce faire, elles soient favorisées de la présence de l'une ou l'autre des suivantes.

b) FAVORISANTES. — 1° *La manière d'être du corps étranger*. — Si la perforation se produit rarement dans le cas de corps mous et arrondis que sont les noyaux de cerises intacts, elle est évidemment facilitée par le broiement de ces mêmes noyaux qui leur donne des bords plus ou moins coupants, pointus, les assimilant aux noyaux de pêche, arêtes de poisson (obs. de JONKOWSKI).

2° *Les purgatifs* qui exagèrent le péristaltisme d'un intestin distendu à l'excès et auxquels M. KORTE attribue la perforation dans cette même observation.

3° *L'inflammation des parois* que M. PATEL a mise en évidence et à qui il fait jouer le plus grand rôle dans l'hypertrophie des parois de l'intestin sus-jacentes aux rétrécissements consécutifs à des ulcérations. « La cause de la mort, conclut FABRE dans son rapport (obs. II) doit être attribuée à une rupture intestinale survenue à la suite

(4) Ectasies cœcales avec perforation diastatique. Ueber den Verlauf des Ileus bei Darmcarcinom. *Arch. f. klin. chir.* Berlin, t. LXVIII, p. 195, 1902.

(5) HAUSMANN. — Th. Paris, 1882.

de l'occlusion prolongée de l'S iliaque et du rectum dilaté outre mesure et enflammé depuis longtemps. Et HAUSSMAN : « Indépendamment de l'augmentation de volume et d'épaisseur des parois intestinales, on trouve encore le plus habituellement dans les parties situées au-dessus du rétrécissement, des lésions de *nature inflammatoire* allant depuis la simple congestion jusqu'à la gangrène et au milieu desquels domine le phénomène de l'ulcération... » JULLIAN (1) n'en conclut pas autrement quand il signale la consistance carton mouillé qui rend la paroi si friable que, dans certains cas, elle s'effrite sous le moindre effort.

4° *Les ulcérations.* — Les ulcérations capables de jouer le rôle de causes favorisantes sont nombreuses : ce sont celles de la dysenterie, tuberculose, etc., mais surtout celle de l'ulcère et du cancer.

La perforation par ulcère duodénal se rencontre de temps à autre. Le propre de cette affection étant de détruire les tissus par couches successives et progression constante, on conçoit bien qu'un noyau de cerise, cas de M. MARQUIS, logé dans l'ulcération a pu hâter la perforation en combinant son processus nécrosant au processus ulcératif.

Au cours de l'évolution du cancer, l'ulcération n'est pas chose rare et la perforation par corps étranger à ce niveau est encore favorisée par un ramollissement qui attaque la masse néoplasique dans toute son épaisseur (HAUSMANN) (2)

(1) JULLIAN. — Th. Lyon, 1908, n° 53.

(2) HAUSMANN. — Th., 1882.

et marche progressivement à la perforation que n'attardent d'ailleurs que l'épaisseur des adhérences et les infiltrations cancéreuses qui englobent l'intestin ; et plus loin, les ulcérations quelquefois bornées à la muqueuse s'étendent d'autres fois aux couches sous-jacentes, les détruisent et donnent lieu à des perforations.

« Le corps étranger, disent OCKINZYC et COMBIER, n'est pas sans danger au niveau d'une sténose cancéreuse du gros intestin. Les accidents d'occlusion peuvent être considérés comme des symptômes de leur présence, mais nous avons montré déjà que leur présence était nocive sur une muqueuse déjà plus ou moins altérée par le processus néoplasique. *L'ulcération est la première conséquence de cette présence* ; cela paraît bien indiscutable dans bien des cas, celui d'ANGELESCO et le nôtre où le noyau de pruneau était exactement sorti par l'ulcération qui avait pris exactement sa forme. Nous avons vu quels dangers résultaient de l'existence de l'ulcération s'ajoutant à ceux déterminés par la seule présence du corps étranger : spasme, œdème ; tout augmente l'occlusion durable de la lumière intestinale ; mais nous pensons que le processus d'ulcération peut aller plus loin encore et franchir la limite de la paroi intestinale : il peut donc en résulter une *perforation avec toutes ses conséquences* : abcès péri-colique, si le processus se limite, péritonite généralisée et mortelle si le processus se diffuse. « Il importe donc de surveiller étroitement l'alimentation des constipés chroniques soupçonnés de porter un cancer de l'intestin. *Il faudra avant tout éviter ces cures de corps étrangers* qui seront la cause immédiate de la mort (cerises ou raisins). Le diagnostic du corps étranger peut

avoir son importance : supposons que par une colostomie pratiquée même dans de bonnes conditions, nous ayons levé les accidents d'occlusion, nous n'aurions pas mis pour cela le malade à l'abri d'accidents secondaires de perforation et d'infection péri-colique avec toutes leurs conséquences. »

Si la perforation se fait dans la grande cavité péritonéale non protégée par les adhérences, la péritonite généralisée en est la conséquence : c'est le cas d'une plus ou moins large perforation se produisant brusquement qui permet aux produits de sécrétion de l'intestin de se déverser dans le péritoine et avec eux aux corps étrangers, *noyau de cerise*, haricot, grain de raisin.

Si la perforation est de petite étendue et s'est établie lentement par suite des progrès insensibles d'une inflammation ulcéraive qui a gagné peu à peu en profondeur, elle n'amène dans bien des cas que des lésions limitées, quelle que soit la nocivité des produits déversés ; le corps étranger peut y demeuré enkysté ou, l'abcès se réchauffant, tomber dans le péritoine ou se frayer un chemin à travers la paroi abdominale.

Quel traitement faire subir à l'abcès, à la péritonite ? « Quel que soit le siège des collections purulentes, disait M. le Professeur HARTMANN au 24^e congrès de chirurgie (1911), le traitement est identique : il consiste dans l'ouverture et le drainage. »

Puis plus loin, il ajoutait : « Dans toutes les péritonites par perforation, traumatiques ou non, et même dans l'appendicite, le traitement médical doit céder le pas au traitement opératoire. La première indication est : *la suppression de la cause* (on refermera les ulcères perforés de

l'estomac et du duodénum), après quoi, on fera l'évacuation du liquide épanché et le drainage ». Nous dirons que l'intervention doit être hative et si, comme le fait remarquer M. KORTE, la mort de la malade de JONKOWSKI survint, c'est parce qu'elle arriva trop tard à l'hôpital (30 heures après la perforation).

A peu près tous les chirurgiens se rangent à l'avis du Professeur HARTMANN au sujet de l'opération même à faire subir aux individus atteints de péritonite par perforation : nous citerons les noms de MM. KIRMISSON, LEJARS, WALTER, BAUMGARTNER, etc., nos maîtres les Professeurs DAYOT et MARQUIS. Mais en ce qui concerne le traitement post-opératoire, les avis sont partagés ; c'est ainsi que WALTER et BAUMGARTNER ont conseillé la position inclinée sur le côté droit, KUSTER la position ventrale, FOWLER la position demi assise (à peu près universellement admise aujourd'hui), à qui MURPHY ajouta les irrigations continues par le rectum. Un point important était de découvrir le moyen pratique pour la réalisation de cette position : notre maître M, le Professeur MARQUIS y est parvenu en imaginant l'appareil que nous avons vu en usage dans son service et qui lui donne les meilleurs résultats. « Je me suis efforcé, dit-il (1), de trouver un dispositif qui permet : 1° au malade de rester longtemps sans fatigue et d'une façon supportable dans une inclinaison non plus de 35° comme le demandait primitivement FOWLER, mais bien de 55° comme le veulent aujourd'hui la plupart des chirur-

(1) Docteur MARQUIS. — 24^e congrès de chirurgie 1911.

giens ; 2° à l'entourage de faire facilement l'entéroclyse sans obliger un aide à maintenir constamment la canule rectale en place ».

Pour la description de l'appareil, nous renvoyons le lecteur à la communication que M. MARQUIS a faite au 24^e congrès de chirurgie 1911.

OBSERVATION *due à la complaisance de M. Ouvry*

Canal cicatriciel étroit chez un ancien imperforé. Des noyaux provoquent l'arrêt des matières par l'anus, mais une fistule uréthro-rectale permet leur évacuation par le méat urinaire. Des noyaux de cerises traversant cette même fistule s'accumulent dans l'urèthre et occasionnent un phlegmon urineux.

*Docteur Paul Ouvry, ex-interne des hôpitaux de Paris
chirurgien de l'hôpital de Lisieux.*

A. A., quatre ans, est amené dans la soirée du 29 septembre à l'hôpital pour un phlegmon des bourses. Aucun renseignement n'a été donné.

L'infirmière m'apprend le lendemain que l'enfant a crié une grande partie de la nuit, mais surtout lorsqu'il voulait uriner, que chose particulière chaque miction s'accompagnait d'émission de gaz et du rejet d'un liquide grisâtre à odeur fécaloïde. La température axillaire est de 39°, le pouls petit et précipité ; l'enfant d'apparence chétive est dans un état des plus précaires. Un examen rapidement fait montre que l'anus est représenté par un orifice où le stylet s'engage difficilement. La région périnéo-scrotale, rouge, tendue du volume du poing, ayant l'aspect phlegmoneux d'une infiltration

urineuse, est incisée sur la ligne médiane. Le bistouri après avoir traversé des tissus ouvre une poche d'où s'échappent plus de *quarante noyaux de cerises*, quelques pépins de poire et même un petit caillou. La poche est laissée largement ouverte. Les jours suivants urine et matières fécales diluées sortent par cette plaie, mais la fièvre tombe et le bébé s'alimente bien, Nous avons dès lors appris que le sujet né avec une imperforation anale avait été opéré par le Docteur MORTAGNE (du Merlerault), que depuis plus de deux mois l'orifice anal ne laissait pas passer les matières, que celles-ci sortaient par le méat, par lequel du reste, depuis la naissance, des gaz étaient souvent émis.

Lorsque le jeune A... fut dans un meilleur état, on put, sous anesthésie générale au chlorure d'Ethyle agrandir l'anus. La dilatation fut faite le 15 octobre, le 3 et le 30 novembre, le 15 décembre avec un dilatateur utérin à deux branches, qui permettait en outre. à chaque séance d'extraire une partie des corps étrangers qui remplissaient l'ampoule rectale. Ces corps étaient difficiles à saisir : les lavages abondants qui étaient pratiqués faisaient évacuer une grande quantité de matières, mais ne chassaient jamais les noyaux. *On trouva peu de noyaux de cerises dans le rectum*, presque tous étaient des noyaux de prune recouverts d'une couche calcaire de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Soixante d'entre eux furent ainsi extraits. On retira le 12 janvier 1910, le dernier corps étranger qui était un gros noyau d'abricot. Dans l'intervalle de ces anesthésies le malade était purgé tous les trois jours, les excréments étaient expulsés en grande partie par l'anus, mais quelques matières sortaient aussi par la plaie périnéale qui s'était très rétrécie.

Le 7 février, A..., est de nouveau endormi pour tenter l'isolement du rectum. Une sonde, introduite par le méat, pénètre dans le rectum : division des bourses ; incision du canal sur la sonde. On pensait trouver une poche dans laquelle se seraient ouverts l'urè-

thre et l'intestin, mais le rectum communique directement avec le canal; *c'était dans l'urèthre distendu que séjournèrent tous les noyaux de cerises enlevés lors de la première opération.* Le canal est donc sectionné longitudinalement dans tout son parcours scrotal et périnéal. Une incision préanale transversale est tracée et en se guidant avec un doigt dans le rectum on isole l'intestin du canal jusqu'à l'orifice de communication. *Cet orifice uréthro-rectal, circulaire, paraît juste assez grand pour un noyau de cerise.* Le dédoublement est poussé à un demi centimètre au-dessus.

On peut alors faire pénétrer le bec de la sonde dans la vessie, une sonde n° 14 est mise en place. Sur elle on reconstitue le canal divisé avec du catgut n° 0. Mais à cause de la profondeur, la suture du canal et du rectum au niveau de leur fistule n'est qu'imparfaitement assurée. On termine l'opération en tassant une mèche de gaz entre les deux conduits. La sonde à demeure est laissée dix jours. Depuis son ablation les urines sortent par la plaie périnéale et quelques matières s'y mêlent. Fin février, les parents retirent leur enfant de l'hôpital.

Au 25 avril 1913. — Le docteur LEBRETON de Livarot a bien voulu visiter cet enfant et m'envoyer la note suivante: « Etat général bon, développement normal pour son âge, excellent appétit. l'enfant joue toute la journée sans fatigue et ne souffre nullement depuis sa sortie de l'hôpital. »

Etat local: depuis ce moment aussi les excréts sont nettement séparés: urines d'un côté limpides, matières de l'autre, mais il y a incontinence des deux côtés. Les matières s'échappent par petites quantités 3 à 4 fois par jour. Rarement il éprouve le besoin d'aller à la selle, besoin qu'il lui faut satisfaire aussitôt. — Quant à l'urine, rien ne passe par le méat, tout sort par l'orifice fistuleux siégeant à la racine de la verge et tombe constamment goutte à goutte.

Jamais de besoins d'uriner, cependant pour la première fois le 21 avril, l'enfant a demandé le vase et a pu émettre deux cuillérées à soupe d'urine.

CHAPITRE III

Complications Inflammatoires

Appendicite — Abscès

I. — OBSERVATION *du Dr Mordrot fils (du Mans)*

Arch. méd. d'Angers, 1902, V. 307-312

Appendicite par corps étranger (noyau de cerise), il y a 18 mois. —

Etranglement par brides. — Laparatomie. — Mort

Mademoiselle M... G..., âgée de 18 ans avait été atteinte d'appendicite au mois de juillet 1900 dans les conditions suivantes. Ordinairement d'une bonne santé, elle était souffrante depuis deux jours, quand je fus appelé près d'elle. L'affection a débuté sourdement, sans tapage, ayant l'allure d'un embarras gastrique fébrile. La langue n'est pas sèche ; la malade a continué d'aller à la selle ; elle a eu quelques vomissements ; le ventre n'est pas ballonné ; la température reste entre 38° et 39°. Le pouls est en rapport avec la température. Je constate de la submatité dans la fosse iliaque droite un point douloureux mais pas très sensible, un peu au-dessous du point de Mac Burney ; très peu de défense musculaire.

Ne voyant pas de taches et dans l'aspect général de la malade, aucun symptôme qui permette d'affirmer une fièvre typhoïde, je fais par exclusion le diagnostic d'appendicite. Transportée à ma clinique, M^{lle} G... est opérée le lendemain, 27 juillet 1900, La température était de 39°.

Nous trouvons l'appendice très adhérent à sa partie supérieure, situé en arrière du cœcum et noyé dans un abcès péri-appendiculaire, complètement perforé ; il est presque partagé en deux tronçons. Un premier gâteau épiploïque est isolé et excisé ; un

autre est tombé dans le petit bassin et, avec le doigt, je ramène une masse gangrénée, n'ayant pas moins de 6 à 7 centimètres carrés. Au niveau de la perforation de l'appendice, il y a *un noyau de cerise*, sur la nature duquel on ne peut se méprendre.

Après un état des plus graves pendant quelques heures, tout rentre dans l'ordre et la malade guérit sans présenter aucun accident. Son état de santé reste parfait pendant plus de 18 mois.

Le 12 mars 1902, M^{lle} G..., se trouve un peu indisposée dans la matinée. Elle déjeune cependant avec sa famille, puis est obligée de prendre le lit. Dans l'après-midi elle se plaint de très violentes douleurs généralisées dans l'abdomen. A partir de ce jour, cessation complète de gaz et de matières. Plusieurs lavements purgatifs et 1 gr. 20 de calomel ne donnent aucun résultat : elle vomit le peu qu'elle prend, une potion opiacée calme très peu les douleurs qu'elle ressent vivement et le 14 on lui fait une piqûre de 1 centigramme de morphine. La température axillaire est toujours restée entre 36° et 37°. Voyant que l'état ne s'améliorait pas je fus appelé par dépêche le 15 au soir.

Le facies est fatigué, la langue humide ; la malade a rejeté une dernière purgation d'huile de ricin, prise le matin. Le pouls petit, fuyant reste entre 130 et 140 pulsations. Le ventre n'est que peu ballonné, il est dépressible et un peu douloureux au toucher, du reste depuis la piqûre de morphine, les douleurs ont diminué. *Le point le plus douloureux répond à la fosse iliaque droite et dans la profondeur on sent un léger empatement.* Le toucher vaginal et le toucher rectal ne font rien connaître de particulier, ils ne déterminent pas de violentes douleurs. La température axillaire est de 37°3 mais la température rectale est de 38°5. Je confirme le diagnostic d'occlusion intestinale et regardant la situation comme très grave, je réclame le transport immédiat à ma clinique, où la malade arrive après un voyage d'une heure et demie en chemin de fer, sans trop de fatigue. Je tente dès l'arrivée un lavement élec-

trique de faible intensité, on lui injecte 500 cent. cubes de sérum, la nuit n'est pas trop mauvaise. Le matin, elle a un vomissement fécaloïde, au moment de l'opération, le pouls est difficile à compter : il bat à 150 ou 155 pulsations ; les mains sont violacées, la respiration n'est pas accélérée, mais le facies est tiré et la malade est dans un état des plus graves. Chloroforme d'abord. Ether ensuite. -- Un liquide séreux s'échappa dès l'ouverture du péritoine, les anses intestinales apparaissent très fortement congestionnées. Je dévide rapidement l'intestin grêle et je ne tarde pas à sentir un obstacle du côté de la fosse iliaque droite.

Il s'agit d'une *masse intestinale contenant environ 30 centimètres d'intestin, elle bascule par dessus une bride très résistante qui l'enferme* contre la paroi antérieure du petit bassin. Au niveau de la bride, les deux anses intestinales sont tordues l'une sur l'autre et l'étranglement *extrêmement serré* au point de rendre difficile l'introduction de la sonde cannelée pour sectionner la bride. Toute la partie comprise dans l'étranglement est de couleur lie de vin et, au niveau du point de constriction, la paroi musculaire de l'intestin est à nu. Sous l'influence de lavages à l'eau très chaude, la circulation reparaît. Je fais plusieurs points de suture pour replier en dedans les parties les plus malades de la paroi intestinale.

Fermeture de l'abdomen ; comme pansement, sachets de glace sur le ventre. Immédiatement injection de sérum, 300 grammes, qu'on renouvellera toutes les deux heures.

L'anesthésie a été bien supportée mais le pouls est à peine perceptible ; toutefois il se remonte un peu sous l'influence du sérum et des piqûres de caféine. La température se maintient toute la journée à 37°8. Le soir, à 6 heures, le pouls était incomptable, la respiration un peu haletante, la parole embarrassée, bien que la connaissance fut complète. Il n'a été rendu aucun gaz ; le ventre n'est pas ballonné et la mort survient sans aucune crise vers 7 heures du soir.

Je devais rappeler la première partie de cette observation qui a trait à une appendicite par corps étranger, pour expliquer la formation de cet étranglement, qui doit s'y rattacher comme accident lointain de la péritonite appendiculaire. Elle comporte du reste quelques remarques. Le nombre des appendicites par corps étrangers reste assez restreint, et ici le *noyau de cerise était indiscutable*. Du reste n'est-ce pas à ce corps étranger que l'on doit la marche un peu particulière de cette appendicite gangrénée, avec péritoine sphacelé et cependant, ayant évolué au début sans grande réaction et ayant présenté d'une manière très atténuée, les signes les plus constants de l'appendicite aiguë ? Il est évident que cette affection n'a pas toujours les mêmes causes et il est assez naturel d'en conclure que suivant la cause, les symptômes et la marche seront différents. Comment admettre que l'appendicite qui se développe d'emblée sous l'influence d'un état général infectieux et en quelques heures, atteint une virulence telle que l'intervention même la plus hâtive ne peut sauver le malade ; que celle qui vient lentement, successivement, par poussées chroniques, qui, sous une influence encore inconnue se réchauffe et devient aiguë ; que celle qui reconnaît pour cause la présence d'un corps étranger, venant à oblitérer le conduit appendiculaire ; ... comment admettre que toutes ces formes soient identiques ?

S'il est vrai, comme l'affirme le professeur DIEULAFOY, qu'on ne devrait jamais mourir d'appendicite, il faut convenir au moins que, malgré sa nature essentiellement infectieuse, cette affection reste, pendant un temps plus ou moins long une affection locale et que sa gravité vient

de la rapidité de sa marche et des degrés différents de l'infection qu'elle développe. On ne sera donc pas surpris de voir une appendicite déterminée par la présence d'un corps étranger rester quelque temps une maladie locale, donner lieu à une affection intestinale se rapprochant plus ou moins d'une fièvre typhoïde banale jusqu'au jour où les lésions pathologiques étant plus avancées, l'appendicite cède le pas à cette péritonite d'ailleurs toute particulière où à l'élément inflammatoire se joint la toxicité des produits appendiculaires.

Il y a d'assez nombreux exemples d'appendicites prises au début pour une fièvre typhoïde et inversement de fièvres typhoïdes prises et même opérées pour des appendicites. Certes les lésions sont bien différentes, mais cependant dans l'une et l'autre affection, l'appendice est malade et n'est-ce pas là ce qui fait qu'en quelques rares cas le diagnostic est difficile à établir ?

Quant à la pathogénie de l'étranglement interne, il ne me semble pas douteux qu'on doive le rattacher dans mon observation à la péritonite appendiculaire. La bride observée n'était pas de formation récente. Elle devait être un reliquat de cette inflammation développée autour de cette plaque d'épiploon sphacélé que j'ai retirée du petit bassin lors de ma première opération. Pendant plusieurs mois Mlle G. n'a présenté aucun accident, sauf quelques douleurs au moment de ses règles, du reste régulières, elle jouissait d'une bonne santé. Rien ne pouvait donc faire soupçonner cette complication et prévoir l'accident auquel elle a succombé.

Nous ne chercherons pas à expliquer comment sans

aucune cause particulière l'intestin a pu se trouver pris sous cette bride et être enserré par celle-ci contre les parois du petit bassin. Il est permis de supposer que les anses intestinales ont d'abord glissé plus ou moins rapidement au-dessous de l'obstacle et qu'alors retombant de son propre poids au-dessus de la bride, il s'est tordu sur lui-même, joignant ainsi un véritable étranglement par torsion à l'étranglement qui existait déjà par la bride. Avec des lésions aussi graves, les accidents doivent être rapides. On pouvait après l'intervention espérer voir la guérison se produire ; mais combien souvent dans ces cas d'occlusion absolue, même l'obstacle levé et le cours des matières rétabli, la mort survient du fait d'un véritable empoisonnement, sorte de stercorémie aigüe !

Cette observation nous a paru intéressante à publier non pour l'intervention en elle-même qui est restée absolument simple et facile, mais pour signaler un *accident lointain et possible des péritonites appendiculaires*. Nous ne pouvons en effet rattacher à une autre cause la formation de cette bride siégeant exactement, dans le petit bassin, là où 18 mois plus tôt nous avons trouvé une grosse lésion de l'épiploon. Nous croyons d'autre part qu'il est rare de voir des phénomènes d'occlusion intestinale se produire comme complication aussi lointaine des opérations abdominales et la conclusion qui nous semble logique est que le fait d'avoir subi antérieurement une intervention abdominale doit entrer en ligne de compte pour ne pas temporiser et essayer des moyens médicaux, si l'on se trouve en présence de phénomènes d'occlusion

intestinale, et que chez ces malades surtout, l'intervention est de rigueur.

II. — OBSERVATION de Parette

Noyau de cerise dans l'appendice iléo-coecal. Typhlite suppurée
Ouverture de l'abcès et élimination du noyau par la plaie. Guérison.

III. — OBSERVATION 38 in Thèse de Le Guern Paris 1893 n° 208. « résumé ». Perforation de l'appendice par corps étranger.

Malade transporté le 15 février 1893 dans le service de M. le Professeur KIRMISSON salle Giraldès n° 34.

Le 16 février : Opération. Chloroforme. Incision de 15 centimètres environ, à convexité inféro-externe commençant un peu au-dessus de la crête iliaque pour se terminer vers l'arcade de l'ailope. Section des muscles sur la sonde cannelée, mise à nu du fascia transversalès. Au moment où les doigts se préparent à bien dénuder la face externe du péritoine, celui-ci se crève brusquement et donne issue à une grande quantité de pus fécaloïde. Plusieurs anses intestinales font saillie dans la profondeur de la plaie elle sont maintenues à l'aide de compresses aseptiques. On arrive ainsi à circoncire le cœcum rouge et dont la face externe est ulcérée en un point. En faisant des recherches pour découvrir l'appendice, on rencontre un *petit haricot* qui s'était échappé par une perforation. Dès lors on se met à la recherche de l'appendice perforé, on le découvre dans la partie inférieure de la fosse iliaque, appliqué au côté interne du cœcum recourbé sur lui-même et maintenu en place par des adhérences solides. Après l'avoir isolé de bas en haut, on l'excise en jetant une ligature sur son pédicule ; le foyer

est lavé à l'eau tiède. Deux drains adossés en canon de fusil sont placés dans sa portion la plus déclive qui s'avance en arrière du cœcum jusque dans la fosse lombaire. Suture de l'aponévrose et des muscles au catgut, suture de la peau au crin de Florence. Pansement à la gare iodoformée.

Complications Inflammatoires

Appendicite et Absès

« Les anciens auteurs, écrit M. MATHIEU au sujet de l'étiologie de l'appendicite, ont attribué une fréquence et une importance excessives aux pépins et noyaux de fruits, mais il paraît certain qu'ils ont souvent pris pour tels des calculs appendiculaires à cause de leur forme et de leur aspect extérieur. En réalité on doit considérer comme très rare la présence de ces productions végétales dans l'appendice. » (1)

Nous rangeant avec la majorité des auteurs et de nos maîtres à l'avis de MATHIEU, nous n'en avons pas moins été amené à traiter de cette cause «les noyaux de cerises», si exceptionnelle soit-elle, de l'appendicite.

Si nous consultons les statistiques et nous prendrons comme exemple celle donnée par le GUERN, (2) nous constatons que sur 171 cas 2 fois seulement les noyaux de cerises sont intervenus ; 106 fois au contraire des concrètes

(1) Traité de médecine. T. 1 ENRIQUEZ, LAFITTE, BERGER, LAMY.

(2) LE GUERN Thèse de Paris 1893 n° 208.

tions fécales, 10 fois des concrétions calcaires, 5 fois des haricots etc., ont été trouvé dans l'appendice. A l'appui de cette thèse nous citerons encore les statistiques de MATTERSTOCK où 63 fois les concrétions fécales interviennent contre 9 fois des corps étrangers et cela sur 72 cas ; de KRAFFT où nous trouvons 36 cas de matières fécales contre 4 sur 40 ; de FRITZ 118 contre 30, sur 148 cas observés. (1) Et en avril 1897 M. RECLUS disait que sur plus de 50 appendicites, il ne lui est jamais arrivé d'y trouver un noyau de fruit (2). Rares sont donc les cas d'appendicite par noyaux de cerises le canal appendiculaire étant il est vrai trop étroit pour les admettre. Toutefois M. JALAGUIER nous apprend que les corps étrangers susceptibles de s'engager dans l'appendice vermiforme ont une double origine ; « les uns viennent du dehors et ont résisté à l'action des sucs digestifs, pépins de fruits, *noyaux de cerises*, grains de courge, arête de poisson, fragments d'os etc..., les autres et *ce sont de beaucoup les plus communs* ont pris naissance dans l'économie ; ce sont les calculs biliaires et les concrétions fécales, matières durcies ou véritables entérolithes. (3) « FENWICK attribue lui une plus grande fréquence aux corps étrangers qu'aux concrétions fécales (4) ; enfin PEYROT dans le traité de Pathologie Externe nous raconte qu'il a vu une crise violente.

(1) In DUPLAIX et RECLUS t. VI.

(2) GUINARD in LE DENTU et DELBET.

(3) JALAGIER in DUPLAIX et RECLUS t. VI

(4) FEUWICK The LANCET 1883 t. II.

d'appendicite se terminer par résolution après l'expulsion de deux noyaux de cerises et d'un noyau allongé d'un fruit exotique qui avaient été avalés 3 mois auparavant. » Le passage des corps étrangers, ajoute-t-il, dans l'appendice n'est donc pas une pure vue de l'esprit; » (1) aussi quoi qu'il en soit nous rapportons quelques observations qui nous ont paru exactes, concernant l'appendice, les lésions péri-appendiculaires, la typhlite, les abcès et leurs conséquences.

La pénétration du corps étranger, noyau de cerise par exemple, s'il est libre dans la cavité appendiculaire à la faveur vraisemblablement d'un canal large, peut ne causer aucun accident immédiat ; mais la plupart du temps ce noyau trop volumineux ne rentre dans le canal appendiculaire qu'à frottement, comprimant ainsi les vaisseaux et obstruant sa lumière, d'où : stase, gangrène (la gangrène se produit, dit PORTER, quand le corps étranger comprime les vaisseaux nourriciers de l'appendice (2), hypervirulence des microbes emprisonnés (cavité close de DIEULAFOY), accumulation des produits de sécrétion, perforation, (d'après FABRE, (3) la perforation de l'appendice relèverait exclusivement de la présence de corps étrangers), abcès, péritonites, fistules.

Rappelons bien que notre intention était de passer outre,

(1) PEYROT dans le traité de Path. ext. de REOLUS-KIRMINNON-et BOUILLY p. 554 t. III

(2) PORTER. (*New-York méd. Jour.*, p. 88).

(3) FAVRE Th. de Paris 1851

en ce qui concerne les symptômes et le diagnostic, pour qui nous renvoyons le lecteur à la brillante étude faite dans la thèse de Le GUERN (1), que d'après Talamon un corps étranger de l'appendice donnerait lieu à des symptômes plus ou moins violents, mais de courte durée. car il serait chassé par les contractions de cet organe. (2) « Cet auteur explique le début soudain par l'engagement brusque du corps étranger dans le canal appendiculaire, les douleurs irradiées et paroxystiques sous forme de coliques par l'excitation réflexe de l'intestin partie de la muqueuse en contact avec le corps étranger, les vomissements par la même excitation propagée jusqu'à l'estomac, la constipation et le météorisme par la parésie de la tunique musculaire de l'intestin ». Notre but n'étant point de discuter les diverses théories émises au sujet de l'étiologie, de la pathogénie de cette affection, ni d'en exposer les symptômes, nous arrivons sans plus tarder à ce qui nous intéresse surtout : les complications dues à la présence du corps étranger, du noyau de cerise dans l'appendice, les abcès, les perforations, les fistules, la péritonite.

Les inflammations appendiculaires nous dit CHAMBARD (3) peuvent bien résulter d'une cause locale portant son action sur la cavité même de l'appendice, dans le corps

(1) Loco citato.

(2) TALAMON méd. modern. 19 juin et 30 oct. 1890. Appendicite et typhlite collection DEBOVE et Charcot 1892.

(3) CHAMBARD Th. de Lyon 1899 n° 185

étranger notamment. Lorsque l'inflammation passe à la suppuration, dans la plupart des cas, une tuméfaction apparaît ; de siège variable avec l'appendice, elle existe le plus souvent dans la fosse iliaque droite « Sa cause essentielle, d'après PHOCAS (1), est l'infection favorisée par la présence du corps étranger. » Qu'il y ait thyphlite comme dans le cas observé par PARETTE, appendicite suppurée comme c'est le cas le plus fréquent, les parois de l'intestin qui ont été comprimées, sont congestionnées, leur muqueuse présente un état catarrhal et desquamé donnant ainsi de petites surfaces excoriées toutes préparées pour l'infection, la suppuration enfin la perforation. (2) « Il y a folliculite, peri-folliculite, formation d'un abcès qui évolue vers la muqueuse en donnant une ulcération folliculaire soit vers la séreuse en provoquant une perforation avec péritonite. Souvent cet abcès coïncide avec une perforation de l'appendice qui a permis au pus de s'en écouler, d'autres fois il n'y a pas de perforation, mais extension de l'affection appendiculaire par voie lymphatique.

L'abcès une fois formé, qu'il soit péri-cœcal ou péri-appendiculaire, s'enkiste limité par des adhérences dues à de la péritonite fibro-adhésive, et en quelques jours la crise peut tourner court, la résolution se faisant soit avec persistance d'un noyau induré, ou bien cet abcès tend à s'ouvrir s'ouvre à l'extérieur, dans l'intestin, le péritoine.

(1) PHOCAS Th, de Paris 1898 n° 277

(2) KAPPELIN Th, de Lyon 1910 n° 107.

L'abcès s'ouvre à l'extérieur où le chirurgien l'incise, trois hypothèses sont en présence :

Le pus s'écoule au travers de l'orifice, mais le trajet reste fistuleux, parce qu'on n'a pas enlevé la double cause de la suppuration, savoir l'appendice qui joue le rôle de corps étranger et l'entretien, puis le corps étranger lui-même noyau de cerise, calcul, haricot etc... qui reste au fond de la plaie.

Le pus en s'écoulant entraîne avec lui le corps étranger (cas observé par Pencock) la guérison en est souvent la conséquence surtout si en même temps l'appendice sphacélé est éliminé ;

L'abcès se vide une première fois, mais il se forme un nouvel abcès autour du corps étranger, l'appendice se sphacèle et le tout est éliminé. Pour Paulier (1), cette terminaison à travers la paroi abdominale n'est pas toujours la plus fréquente. « Quand le pus prend cette voie, dit-il, c'est le plus souvent à la suite d'une intervention chirurgicale, parfois cependant on voit au-dessous de l'aîne droite, vers la partie externe de l'arcade de Fallope la peau s'œdématiser puis rougir, s'amincir et finalement se perforer. »

Faut-il dans ce cas intervenir ? En présence de tels abcès dans lesquels il y a du pus nettement isolé de la grande cavité séreuse par des adhérences solides, alors que l'intensité des phénomènes généraux ne permet d'attendre que la lésion soit refroidie, tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir ; mais pour les uns le but de cette interven-

(1) Paulier Th. de Paris 1875.

tion est non pas l'évacuation du pus mais la recherche et la résection de l'appendice, pour les autres, ceux qui considèrent que l'appendice cesse d'être dangeureux, parce que souvent il est détruit par la gangrène, l'acte opératoire se borne à donner issue au pus par une simple incision de la paroi (1)

L'abcès s'ouvre dans l'intestin. — Ce mode de terminaison spontanée serait assez favorable, l'abcès disparaît d'un coup et sa disparition est suivie immédiatement d'une diarrhée abondante fétide.

L'abcès s'ouvre dans le péritoine. — Deux cas sont à considérer :

a) ou bien le *péritoine a réagi tout au pourtour* créant ainsi une barrière à l'irruption du pus, qui reste circonscrit et n'irrite, lors de l'ouverture de l'abcès, qu'une partie de la séreuse, donnant ainsi naissance à une péritonite localisée. Cette réaction péritonéale est presque constante et dès le début d'une appendicite, si légère fut-elle, il n'est pas rare de constater en effet la présence d'adhérences reliant l'appendice aux organes ou au péritoine voisins. Ces adhérences, devenues fibreuses, sont susceptibles, quoique rarement, comme dans le cas observé par M. Mordret à l'observation duquel nous renvoyons, de donner lieu à des accidents d'obstruction intestinale.

(1) Duteil Thèse de Lyon 1905 n° 119.

b) ou au contraire, rien n'empêche le pus de faire irruption dans la grande cavité péritonéale, alors éclate la péritonite généralisé. Elle est fréquente dans l'appendicite par corps étrangers, nous dit Poncet (1) et se produit soit à la suite d'une perforation de l'appendice ou d'un abcès péri-appendiculaire, soit par propagation sans qu'il y ait perforation. Lorsqu'elle survient à la suite d'une perforation peu importe le degré de celle-ci et l'état de l'appendice : la perforation est quelquefois assez large pour laisser échapper le corps étranger qui tombe dans le péritoine comme ce fut le cas dans l'obs. de M. KIRMISSON, précédemment citée où un haricot fut retrouvé dans la cavité péritonéale, d'autrefois le corps étranger demeure dans l'appendice quelle que soit son volume ou la grandeur de la perforation, (Obs. de Le Guern) (2). Quant à l'état de l'appendice; il y a, semble-t-il, indépendance entre la gravité de son délabrement et celle de l'infection péritonéale ; c'est ainsi que Broca (3) observa une péritonite suraiguë causée par un appendice qui paraissait sain, à une petite perforation près alors que par contre certains sujets portent un abcès limité, subaigu ou même chronique, dans lequel flotte un appendice amputé, sphacelé.

Fistules. — L'abcès consécutif à l'appendicite par corps

(1) Poncet acad. de Méd. 1872 & in Margery Th. de Lyon 1892.

(2) Le Guern Th. Paris 1893-208.

(3) Broca. L'appendicite — actualités médicales.

étranger s'ouvrant à l'extérieur peut, comme nous l'avons vu, demeurer fistuleux, livrant passage soit à du pus (fistule purulente), à du pus et des matières fécales (pyo-stercorale), à des matières fécales seulement (stercorale). Demoulin, dans une communication au Congrès de Chirurgie de 1898 concluait : Dans un certain nombre de cas plus fréquents qu'on ne le pense généralement, l'appendice laissé en place non gangréné dans sa totalité ne s'élimine pas ; simplement perforé à son extrémité terminale, il ne se cicatrise pas, reste en communication avec le cœcum et devient la cause d'une fistule pyo-stercorale, presque toujours simplement purulente.

Bull (1) aurait observé sur 67 cas, 38 fois une fistule abdominale faisant suite à une inflammation de l'appendice par corps étranger ou non. « Cette marche des abcès à travers la paroi abdominale laisse généralement une fistule simple dont la suppuration dure quelquefois des semaines, des mois, des années, se termine par la mort, ou la guérison surtout si on a eu soin d'intervenir en enlevant l'appendice. » Pour éviter cette fistulisation, que faire ? En deux mots supprimer l'appendice et le corps étranger qu'il contient.

Nous allons étudier maintenant l'avenir d'un appendice qui renferme un corps étranger, le traitement à lui faire subir dans les différents cas, celui des abcès que ce corps étranger a déterminés, enfin résumer le traitement de sa grosse complication, la péritonite.

(1) Bull. acc. méd. des Etats de New-York 1875.

Que devient un appendice contenant un corps étranger ?

Pour BROCA (1), presque toujours l'appendice sous l'influence de l'inflammation et de la suppuration se rétracte, se sclérose et reste définitivement silencieux après ouverture de la collection. Pour d'autres (2) l'appendice se gangrène mais la suppuration continue jusqu'à son expulsion.

Au sujet de la conduite à tenir vis-à-vis de cet organe, l'accord n'est pas fait entre les chirurgiens ; les uns l'enlèvent, les autres l'abandonnent. Pour BERGER (3) il faut l'extirper. D'après RICARD (4) la résection de l'appendice sera le but que le chirurgien se proposera d'atteindre. Le mieux, ce nous semble, est de ne pas abandonner en pleine cavité abdominale un appendice le plus souvent gangréné et perforé, rempli de pus et de matières fécales contenant des *corps étrangers qui contribuent à entretenir la suppuration*. Aussi si on le trouve, qu'il y ait ou non suppuration ou perforation, on l'enlève.

« Nous disons (PHOCAS) (5) que l'ablation de l'appendice est indispensable puisque c'est lui qui a donné l'infection, en a été la cause première et qu'enfin, si on le laisse, il peut être l'origine d'une récurrence ou donner lieu à une fistule. »

(1) Soc. de chir. 1899.

(2) Paliard Th. de Lyon 1906 n° 149.

(3) Soc. de chir. 1890.

(4) id. 1899.

(5) Phocas Th. de Paris 1898.

Si on ne le trouve pas : ici encore des divergences. Les uns le recherchent au travers des adhérences au milieu du foyer suppurant, ne s'arrêtent que lorsqu'ils l'ont trouvé et réséqué ; les autres se contentent quand il y a du pus d'ouvrir l'abcès et de drainer de peur de dissocier les adhérence plus ou moins fines qui l'entourent et afin d'éviter ainsi la péritonite généralisée. CHAPEYRON (1), dans sa thèse nous donne l'avis suivant à ce sujet : « Quoique nous soyons persuadés qu'il faille au cours de l'intervention agir avec beaucoup de célérité d'une part, et d'autre part avec le minimum de traumatisme possible sur le péritoine et l'intestin, nous accordons cependant une telle importance à la résection de l'appendice que dans tous les cas nous en conseillons la recherche la plus minutieuse. » MURPHY (2) lui aussi est très partisan de cette résection.

Si l'on se trouve en présence d'un abcès péri-appendiculaire par corps étranger, avec tuméfaction localisée de la fosse iliaque, il faut intervenir sur le point central de la tuméfaction et lorsque l'abcès adhère à la paroi, le pus se fait jour de suite, sinon on va à sa recherche.

M. QUÉNU (3) se contente de mettre une gaze dans le ventre et d'attendre, quand il n'y a pas d'adhérences entre la paroi et le foyer de suppuration celui-ci s'ouvrant

(1) CHAPEYRON, Th. de Paris, 1905, n° 341.

(2) *Arch. Gén. de chir.* (Extrait), Méthode de MURPHY dans le traitement des péritonites aiguës généralisées, MARQUIS et LAFON.

(3) *In th.* PHOCAS, lococitato.

toujours du côté du drainage. Et SONNENBURG (1) nous dit : « Quand il y a des abcès, la recherche et l'ablation de l'appendice sont d'autant plus nécessaires que très souvent derrière lui, on trouve un second abcès qu'on n'aurait pu trouver d'une autre manière. »

En ce qui concerne le traitement de la péritonite généralisée, nous le résumons en ces mots : Laparotomie hâtive et rapide.

Suppression de l'appendice, on enlèvera les appendices gangrénés disait M. le P^r HARTMANN (2).

Drainage et position de FOWLER avec le plan incliné de M. le D^r MARQUIS.

(1) SONNENBURG, congrès de chir. Berlin, 1896 et Bull. et Mém. Soc. chir., 1899.

(2) HARTMANN, 24^e congrès de chirurgie, Paris, 1911.

CONCLUSIONS

Les avaleurs de noyaux de cerises sont, dans nos pays, extrêmement nombreux : les accidents qui résultent de la présence de ces corps étrangers dans le tube digestif sont, par contre, très rares.

Les noyaux ingérés peuvent causer diverses affections relevant du domaine chirurgical : l'occlusion est la plus fréquemment observée ; viennent ensuite les perforations, l'appendicite et les abcès.

L'occlusion intestinale par noyaux de cerises siège le plus souvent sur le rectum qu'il y ait ou non diminution de son calibre. Le gros intestin et surtout l'intestin grêle ne sont d'ordinaire intéressés qu'à la faveur d'un rétrécissement. Ses symptômes diffèrent peu de ceux d'une occlusion due à toute autre cause, toutefois il est quelques signes qu'on retrouve d'une façon presque constante. Ce sont : la crépitation, la sensation de corps qui s'entrechoquent, les bosselures, le laminage des matières.

Les perforations de l'intestin par ces corps étrangers sont rares sauf cause favorisante telle qu'ulcère, néoplasme, broiement des noyaux. Etant en effet des corps

mousses, ils n'attaquent pas d'emblée les tuniques intestinales et ne déterminent la perforation que lentement. Elle peut se produire également par diastasis. La conséquence de ces perforations est la péritonite localisée ou généralisée.

L'appendicite est l'accident le plus exceptionnel : autrefois on considérait les noyaux de cerises comme des agents fréquents de cette affection. Il est démontré que la majorité de ces prétendus noyaux ne sont que des concrétions fécales et qu'un noyau de cerise est en général trop volumineux pour pénétrer dans le canal appendiculaire.

Le diagnostic causal en face de pareil cas est difficile et le plus souvent il est impossible de mettre l'étiquette « par noyaux de cerises ».

Le traitement des accidents n'est autre que celui de l'occlusion : anus contre nature ou laparotomie avec anus contre nature, entérectomie, entéro-anastomose suivant le cas ; de la perforation : suture de la plaie et ablation du corps étranger ; de l'appendicite ; extirpation de l'appendice et du noyau de cerise. Celui des complications, en particulier de la péritonite généralisée, comporte la laparotomie avec drainage et position de FOWLER-MURPHY.

Vu : le Président de Thèse,

POZZI.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMGARTNER. — Rétrécissement de l'intestin grêle. Obstruction intestinale par arrêt de 436 noyaux de cerises au-dessus du rétrécissement. Entéro-anastomose. Guérison. Observation inédite.
- BERT. — Cancer du rectum inopérable : rétention d'urine par obstruction de l'urèthre (noyau de cerise). *Lyon médical*, 15 septembre 1896.
- BILLROTH. — Cas d'arrêt de noyau de cerise au niveau d'un rétrécissement de l'œsophage. *Arch. f. Klin. Chir.*, XIII, p. 678, 1874.
- BOUCAUD. — Occlusion intestinale produite par des noyaux de cerises, chez un malade atteint du rétrécissement du rectum. *Lyon médical*, 18 août 1878.
- CHEVALLIER. — Cancer du colon ascendant. Obstruction intestinale complétée par un corps étranger (noyau de prune). Entérostomie. Mort. *Bull. soc. anat. de Paris*, 1887.
- CRUVEILHIER. — Cancer sténosant du colon transverse avec arrêt de 617 noyaux de cerises dans le cœcum, le colon ascendant et une petite partie du colon trans-

verse. Grand ouvrage anat. path. du corps humain, XXVI^e livre et *in th.* HAUSSMANN, Paris, 1882, n^o 228.

DAUDÉ. — Dyspepsie, gastralgie, vomissements pendant 18 mois. Guérison après l'expulsion de 60 noyaux de cerises. *Montpellier médical*, mai 1889, p. 447.

EISCHHORST. — Ueber Kirschkernileus. Sur l'occlusion intestinale par des noyaux de cerises. *Méizinische klinik*, t. VI n^o 40, 2 oct. 1910.

FABRE. — D'une forme spéciale d'obstruction intestinale par accumulation de noyaux de cerises dans le rectum. *Gazette médicale de Paris*, 2 oct. 1886.

FERRON. — Anus artificiel pour cancer du colon pelvien, d'où sortirent plusieurs centaines de noyaux de cerises. *Bull. et mém. soc. chir.*, 17 février 1909, p. 221.

FISHER. — Obstruction de l'iléon. *Deutsche Chirurgie*, p. 176, année 1906.

GÉLEZ. — Cancer du cœcum avec 2 noyaux de prunes. *Bull. soc. anat.*, 1842, p. 285.

JANICKE. — 200 noyaux de cerises et 25 noyaux de prunes au voisinage de la valvule de BAUHIN. *In* BROUARDEL et GILBERT, p. 694, t. IV.

JONKOWSKI. — Péritonitis nach Dünndarmperforation durch kirschkerne. « Péritonite par perforation due à des noyaux de cerises ». *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXXV, n^o 3, 20 janv. 1910.

LORANCHET. — Convulsions chez un enfant de 2 ans, cau-

sées par le séjour prolongé de noyaux de cerises dans l'intestin. *Journal de clinique infantile*, 6 sept. 1895.

MARQUIS. — Plus de 600 corps étrangers (noyaux de cerises, entérolithes retenus depuis des années au-dessus d'un rétrécissement de l'intestin grêle. Entéro-anastomose. Guérison, se maintenant, 3 ans après. *Bull. et mém. soc. chir.*, 3 décembre 1912.

MAUCLAIRE. — Plusieurs centaines de noyaux de cerises au-dessus d'un rétrécissement du colon descendant. *Bull. et méth. soc. chir.*, 10 décembre 1912.

MADELUNG. — Concrétions formées autour de noyaux de cerises. Elimination in EISCHHORST, loco citato.

MAYDL. — Cancer du gros intestin avec présence de noyaux de cerises au-dessus de l'obstacle. In OCKINCZYC et COMBIER. *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1908.

MITTWEEG. — Noyaux de cerises ayant séjourné 2 ans $1/2$ dans le tube digestif. *Correspondenz. Blatt. der aerztlichen vereine in Rheinband*, n° 26, 1880.

MORDRET. — Appendicite par corps étranger (noyau de cerise) il y a 18 mois. Etranglement par bride. Laparotomie. Mort. *Arch. méd. d'Angers*, V, 307-312, 1902.

OCKINCZYC et COMBIER. — Cancer et corps étranger de l'intestin (noyau de prune). *Journal de chirurgie*, septembre 1908, et *Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale*, p. 659, 1908.

OUVRY. — Canal anal cicatriciel étroit chez un ancien im-

perforé. Des noyaux provoquent l'arrêt des matières par l'anus, mais une fistule urétrho-rectale permet leur évacuation par le méat urinaire. Des noyaux de cerises traversant cette même fistule s'accumulent dans l'urèthre et occasionnent un phlegmon urinaire. Obs. inédite.

PARETTE. — Noyau de cerise dans l'appendice iléo-cœcal, typhlite suppurée. Ouverture de l'abcès et élimination du noyau par la plaie. Guérison. *Brit. méd. journ.*, p. 368, août 1883.

PENCOCK. — Noyau de cerise sorti par un abcès de la fosse iliaque droite. *Encycl. int. de chirurgie*, Paris t. VI, p. 344, 1886.

PEYROT. — Crise violente d'appendicite se terminant par résolution après l'expulsion de 2 noyaux de cerises et d'un noyau allongé d'un fruit exotique avalés 3 mois auparavant. *In Man. Path. Ext.* RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY, p. 554, t. III.

POULET. — 1.300 noyaux de cerises agglomérés. PEYROT, *in Man. Path. Ext.* RECLUS, KIRMISSON, p. 504, t. III.

PSALTOFF. — Tumeur de la fosse iliaque droite composée de plusieurs corps étrangers (794 noyaux : de cerises « 77 », de prunes, pastèques, grenades, etc., siégeant à la dernière portion de l'intestin grêle. *Bull. et mém. de soc. chir.*, 13 août, 1909, p. 947.

QUÉNU. — Plus de 30 noyaux de cerises au-dessus d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque. Traitement opératoire du cancer du gros intestin. *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, 16 novembre 1904, p. 919.

RICARD. — Occlusion incomplète par sténose cancéreuse du colon ascendant avec corps étrangers dont 78 noyaux de cerises, in th. GIRET, Paris, 1908-09, n° 342.

SIMPSON. — Noyau de prune avalé par mégarde et enclavé dans le rectum, déterminant par sa présence des phénomènes de rétention d'urine. *Edimb. méd. Jour.*, p. 851, mars, 1878.

SECRÉTAN. — 120 noyaux de cerises et de prunes retirés par le lavage d'un estomac. *Rev. méd. suisse romande*, III, 160, mars, 1883.

SWALBE, SCHWERIN, FUEBRINGER. — Occlusion intestinale par volvulus du duodénum et corps étrangers du cœcum (250 noyaux de cerises et 4 de prunes). Rétrécissement ulcéreux et destruction de l'appendice vermiforme. Mort par péritonite suppurée. Fille de 22 ans. *Berlin. Klin. Woch.*, n° 97, 4 février, 1889.

TRAPENARD. — Obstruction intestinale par des noyaux de cerises. *Centre méd. et pharm. Gannat*, XIII, 70-72, 1907-08.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, PARIS



